

Директору  
ООО «ТверьЛаб»

от \_\_\_\_\_  
*(Фамилия, имя, отчество заявителя) ДАТА РОЖДЕНИЯ*

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20\_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  
*(обязательно для заполнения)*

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг по форме КНД 1151156, утв. Приказом ФНС России от 08.11.2023 N EA-7-11/824@, в отношении пациента:

меня лично

моего/моей

\_\_\_\_\_ *(указать степень родства пациента с заявителем – жена, муж, дочь, сын и т.п.)*

#### Сведения о пациенте (заполняются, если пациент и заявитель – не одно лицо):

Фамилия, имя,

Отчество \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Период, за который выдается справка \_\_\_\_\_

#### Готовую справку прошу выдать на руки по адресу:

г.Тверь, ул. Крылова, д. 21

г.Тверь, пр-т Ленина, д.30

г.Тверь, ул. Можайского, д. 71

г.Тверь, Петербургское ш., д. 61

г.Вышний Волочек, ул. Большая  
Садовая, д.80

Выгрузить напрямую в ФНС

Отправить скан на e-mail

Я уведомлен(а), что срок выдачи готовой справки – 5 календарных дней.

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(расшифровка подписи)*

Дата: \_\_\_\_\_