

Главному врачу СПб ГБУЗ
«Стоматологическая поликлиника №6»
от _____

(Ф.И.О. полностью)

контактный телефон №
карта №
наряд(ы) №
ИНН

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу предоставить справку об оказании платных
стоматологических услуг мне, супруге(у), сыну (дочери), матери (отцу)
(нужное подчеркнуть)

(Ф.И.О. полностью)

по лечению, протезированию, ортодонтической коррекции, имплантации зубов
(нужное подчеркнуть)

за _____
(указать период – год)

Справка необходима для предоставления в МИ ФНС России.

Дата

Подпись