



ООО «Медицинский Центр «ИнтерВзгляд»

ИНН 5504129595 КПП 550401001
Юридический адрес: Россия, 644001 г. Омск ул. 10 Лет Октября, 100
Исполнительный адрес: Россия, 644001 г. Омск ул. 10 Лет Октября, 100
Филиал "Центральный" Банка ВТБ (ПАО)
р/с 40702810711030001021
к/с 30101810145250000411
БИК 044525411
Тел/факс (3812) 66-5555, 66-7777

Директору ООО МЦ «ИнтерВзгляд»
Богомазовой Л. Н.

От _____

Телефон _____

Запрос на предоставление документов об оплате медицинских услуг

Прошу выдать Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации на имя налогоплательщика:

(Ф И О, дата рождения)

ИНН _____ паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи)

Указать за себя или указать родственные отношения _____
(мать/отец, супруг/супруга, сын/дочь)

(Ф И О, дата рождения)

(документ удостоверяющий личность пациент: серия, номер, дата выдачи))

Документы предоставить за период _____
(указать год)

Готовый пакет документов оставить в клинике (да, нет) _____

Отправить на электронный адрес: _____

Дата « ____ » _____ 2026г.

Подпись _____

Принял администратор: _____