Директору

МБОУ СОШ № 45 г. Ставрополя

Н.Ю. Худяковой

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего(-ей) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается адрес по месту регистрации)

тел\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу Вас представить справку об оплате образовательных услуг для представления в налоговый орган за 20\_\_\_\_ год.

|  |
| --- |
| **Налогоплательщик** |
| Фамилия |   |
| Имя |   |
| Отчество |   |
| ИНН |  |
| Дата рождения |  |
| Серия и номер паспорта |  |
| Дата выдачи |  |
| **Данные физического лица, которому оказаны образовательные услуги** |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |   |
| Номер и дата выдачи свидетельства о рождении  |  |
| Дата рождения |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись)