

В ООО «Центр Семейной Медицины и Здоровья» ИНН:
7456007238 КПП: 745601001
Адрес: 455017, Челябинская обл., г. Магнитогорск, ул.
Татищева, дом № 14 Телефон: 8(3519)279091

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для
предоставления в налоговые органы**

ФИО налогоплательщика _____

Дата рождения _____ ИНН _____

Паспорт серия _____ № _____ дата выдачи _____

Кем выдан _____

Телефон: _____ E-mail: _____

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для получения налогового вычета за оказанные медицинские услуги:

меня лично _____

моего/моей _____

(укажите степень родства с пациентом – жена, муж, сын, дочь и т. д.)

за период: _____

(укажите годы, за которые нужно выдать справку)

Сведения о пациенте (заполните, если пациент и заявитель – не одно лицо)

ФИО пациента _____

Дата рождения _____ Паспорт серия _____ № _____ дата выдачи _____

Кем выдан _____

Справку прошу выдать следующим способом:

на бумажном носителе

лично мне

направить почтой по адресу:
(укажите адрес электронной почты)

доверенному лицу

ФИО доверенного лица _____

Паспорт серия _____ № _____ дата выдачи _____

Кем выдан _____

Дата _____ Подпись _____