

ЗАЯВЛЕНИЕ

В целях предоставления в налоговые органы для получения налогового вычета, прошу выдать справку об оплате медицинских услуг:

ИНН налогоплательщика _____

ФИО _____

Дата рождения _____

Пациент получивший услуги :

1) ФИО _____

Дата рождения _____

Степень родства _____

ИНН _____

Паспорт (свидетельство) пациента _____

Дата выдачи документа _____

2) ФИО _____

Дата рождения _____

Степень родства _____

ИНН _____

Паспорт (свидетельство) пациента _____

Дата выдачи документа _____

3) ФИО _____

Дата рождения _____

Степень родства _____

ИНН _____

Паспорт (свидетельство) пациента _____

Дата выдачи документа _____

За какой год нужна справка _____

Контактный телефон _____

Подпись _____

Дата _____