

от _____
Ф.И.О

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы для получения социального налогового вычета.

Налогоплательщик:

ИНН - _____

ФИО - _____

Дата, месяц, год рождения - _____

Серия, номер и дата выдачи паспорта - _____

Пациент получивший услугу - ВЗРОСЛЫЙ:

ИНН - _____

ФИО - _____

Дата, месяц, год рождения - _____

Серия, номер и дата выдачи паспорта - _____

Пациент получивший услугу - РЕБЕНОК:

ФИО - _____

Дата, месяц, год рождения - _____

Свидетельство о рождении, дата его выдачи **ИЛИ** серия, номер и дата выдачи паспорта - _____

Для предоставления в Федеральную налоговую службу или для предоставления на работу в бумажном варианте (нужное подчеркнуть)

В какую клинику обращались: ул. Самотечная, д. 5; ул. Б. Черкизовская, д. 5; ул. Грина, д. 11; Береговой пр., д. 7; ул. Б. Очаковская, д. 3; г. Сочи, ул. Навагинская, д. 7 (нужное подчеркнуть)

За какой год _____

Контактный телефон _____

Справки за 2022 и 2023 гг. может получить только налогоплательщик

Дата _____

Подпись _____