

От _____
(ФИО полностью)

Контактный телефон

Дата _____

Заявление

Прошу вас выдать справку об оплате медицинских услуг за 20____ год для предоставления в налоговые органы для получения социального налогового вычета.

1. ФИО налогоплательщика, данные паспорта (серия, номер, кем выдан, дата выдачи), дата рождения, **ИНН налогоплательщика обязательно**

2. Услуги оказаны: **супруге(у), сыну, дочери, матери, отцу налогоплательщика, самому налогоплательщику**

(подчеркнуть)

3. ФИО пациента, данные паспорта (серия, номер, кем выдан, дата выдачи), дата рождения, **ИНН пациента обязательно**, получившего медицинские услуги

4. **Документы, подтверждающие произведенные расходы прилагаю:**

5. **Срок подготовки справки до 25 рабочих дней**

Получил (а) № справки _____

Подпись _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.