

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.