

Заявление на выдачу справки для получения налогового вычета

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Медицинский центр «МЕДИС»

ФИО налогоплательщика _____

ИНН _____ Дата рождения _____

Код вида документа* __ __ Серия _____ № _____ Дата выдачи «__» _____ г

Телефон _____ Отчетный период _____

ФИО пациента1 _____

ИНН _____ Дата рождения _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа* __ __ Серия _____ № _____ Дата выдачи «__» _____ г

ФИО пациента2 _____

ИНН _____ Дата рождения _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа* __ __ Серия _____ № _____ Дата выдачи «__» _____ г

ФИО пациента3 _____

ИНН _____ Дата рождения _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа* __ __ Серия _____ № _____ Дата выдачи «__» _____ г

Подпись _____ / _____ /

(Расшифровка ФИО)

Справка об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган, предоставляется в течении 30 календарных дней, после дня подачи заявления.

Дата подачи заявления «__» _____ 2024г.

Получил _____ «__» _____ 2024г.

КОДЫ ВИДОВ ДОКУМЕНТА

Код	Наименование документа
21	Паспорт гражданина Российской Федерации
03	Свидетельство о рождении