

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

ФИО
налогоплательщика _____
ИНН _____
Дата
рождения _____
Паспорт серия _____ № _____
Дата
выдачи _____
Телефон: _____ E-mail: _____

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для получения налогового вычета за оказанные медицинские услуги:

☐ меня лично
☐ моего/моей _____
(Укажите степень родства с пациентом – жена, муж, сын, дочь и т.д.)
за период: _____
(укажите годы, за которые нужно выдать справку)

Сведения о пациенте (заполните, если пациент и заявитель – не одно лицо):

ФИО пациента _____
Дата рождения _____
Паспорт серия _____
ИНН _____

Справку прошу выдать следующим способом:

На бумажном носителе:
☐ лично мне
☐ Направить по электронной почте: _____
_____ Дата _____ Подпись _____