Директору ООО ММЦ «ЭЛИТ»

Адамейко Т.А.

Заявление

на выдачу справки об оплате медицинских услуг
для предоставления в налоговые органы РФ

Я,_____

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Наименование документа, удостоверяющего личность_____

Серия_____, номер _____, Дата выдачи_____

Кем выдан_____

Номер ИНН_____

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ за _____ год (годы)

Оказанные_____

(мне, супруге (у), сыну (дочери **+ Свид. О рождении или паспорт**), матери (отцу)) с указанием ФИО и даты рождения

Наименование документа, удостоверяющего личность_____

Серия_____, номер _____, Дата выдачи_____

Кем выдан_____

Номер ИНН_____

Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что ребенок (в том числе усыновленный), на момент получения медицинской помощи, является несовершеннолетним в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность).

Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки за 202__ год составляет _____ рублей.

К заявлению прилагается:

_____

_____

_____

Контактный номер телефона _____

_____ _____

Дата составления заявления подпись

Справку (и) _____ получил

_____ _____ _____

(дата) (подпись) (расшифровка)