

Главному врачу БУ ХМАО-Югры
«Нижневартовский окружной
клинический перинатальный центр»
Макаровой Т. Л.

от _____

проживающей(го) по
адресу: _____

Заявление

о предоставлении справки на налоговый вычет за лечение

Прошу предоставить справку на налоговый вычет за лечение.

Налоговый период _____

ИНН налогоплательщика _____

Ф.И.О. налогоплательщика _____

Дата рождения _____

Документ удостоверяющий личность _____

Дата выдачи _____

Заполняется если налогоплательщик и пациент не совпадают в одном лице

ИНН пациента _____

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____

Документ удостоверяющий личность _____

Дата выдачи _____

