

Главному врачу
СПб ГБУЗ «Детская стоматологическая
поликлиника №3»
Белогорцевой А.Н.
195271, г. Санкт-Петербург,
ул. Брюсовская, д.2, Лит. А,
Телефон: 8 (812) 409-89-91

от _____

Телефон: +7 _____

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 СПб ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №3» за 2024 г.

- ФИО пациента _____
дата рождения _____, св-во о рождении/паспорт
номер/серия _____ дата выдачи _____
- ФИО налогоплательщика (мама/папа) _____
ИНН _____

дата рождения _____ Паспорт Серия _____ № _____ Дата выдачи _____

- Прошу выслать на электронный адрес _____
- Приду забирать лично

Дата

ФИО _____

(подпись)