Общество с Ограниченной Ответственностью «Авалон-ДенталКлиник»
(ООО «Авалон-ДенталКлиник»)

Юридический адрес: 456227, Челябинская обл., г. Златоуст, ул. Зеленая, дом 15, офис 1.
тел. +7 (963) 0821-821

ИНН 7404071698, КПП 74040100, ОГРН: 1197456011004 эл. почта: Avalon-dentalclinic@yandex.ru

ЗАЯВЛЕНИЕ

Для предоставления в налоговые органы Декларации 3-НДФЛ на получение налогового вычета за медицинские услуги, прошу выдать справку об оплате медицинских услуг**.**

ИНН налогоплательщика: _____

ФИО налогоплательщика:_____

Дата рождения:_____

Паспорт серия _____ №_____

выдан кем и когда_____

В случае если услуги оказывались иному лицу, но плательщиком были Вы

ФИО пациента, получившего услуги_____

_____

ИНН пациента, получившего услуги_____

Дата рождения_____

Паспорт серия _____ №_____

выдан кем и когда_____

За какой год нужна справка? _____

Как удобно получить справку:

- лично забрать по адресу клиники у администратора _____

- отправить на электронную почту _____

Контактный телефон: _____

Дата «_____» _____ 20___г.

_____

Ф.И.О. / Подпись