

От _____

Контактный телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас выдать справку об оплате медицинских услуг за _____ гг.
указать год

для предоставления в налоговые органы для получения социального налогового вычета.

Предоставлено _____ квитанций/чеков об оплате медицинских услуг (если есть в наличии)

1. ФИО налогоплательщика: _____

Дата рождения: _____

Паспорт: серия _____ номер _____

Дата выдачи: _____

Кем выдан: _____

2. ИНН налогоплательщика (не обязательно) _____

3. Требуется ли восстановить договора на оказание медицинских услуг? **ДА/НЕТ**

Срок подготовки справки от 14 рабочих дней.

Справка выдается в ООО «НТМЦ» лично налогоплательщику (по предъявлению паспорта), либо доверенному лицу пациента (по предъявлению паспорта).

Справка выдается только в том случае, если доверенное лицо прописано в заявлении.

Прошу выдать справку доверенному лицу

ФИО доверенного лица _____

*Мы сообщим Вам о готовности документа по контактному номеру телефона.

**В связи с отсутствием программного обеспечения, организация не передает электронную форму в налоговый орган.

Подпись _____

Дата _____

Документы получил ФИО _____

Подпись _____

Дата _____