

В Общество с ограниченной ответственностью "Союз"

от _____

дата рождения _____

ИНН _____

Документ удостоверяющий личность _____

Адрес места регистрации: _____

тел. _____

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг
В соответствии с НК РФ прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы с целью получения социального налогового вычета .
Оплата была произведена мной за медицинские услуги, оказанные _____
указать год(а)

Услуги были оказаны (выбрать нужное)

мне лично

моему супругу(супруге) _____

Ф.И.О. дата рождения, паспорт, ИНН

моей матери (отцу)

Ф.И.О. дата рождения, паспорт, ИНН

моему ребенку (детям), подопечному в возрасте до 18 лет _____

Ф.И.О. дата рождения, свидетельство о рождении, паспорт, инн

Способ выдачи справки:

Лично заявителю по месту нахождения медицинской организации.

Ф.И.О. и контактный номер получателя.

Справка об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган, предоставляется в течении 30 календарных дней, после дня подачи заявления

Дата подачи заявления: _____ 202__ г. _____

Подпись, ф.и.о.

Заявление принял мед. регистратор: _____

Дата приема заявления: _____ 202__ г.