

Заявление на выдачу справки об оплате медицинских услуг

АО «Звезда Петергофа»

(Фамилия, имя, отчество Заявителя полностью)

(Контактный телефон)

(Адрес электронной почты)

Для предоставления в налоговые органы РФ с целью получения социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг за _____ г.

Получателем услуг является: _____
(Ф.И.О. пациента полностью)

Дата рождения получателя медицинских услуг (пациента) _____

ИНН получателя медицинских услуг (пациента) _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность (паспорт гражданина РФ/Свидетельство о рождении) получателя услуг (в случае отсутствия ИНН):

(серия, номер, дата выдачи)

Получателем налогового вычета является:

Пациент

Иное лицо: _____
Указать Ф.И.О. налогоплательщика и степень родства (супруг(а), отец(мать), дочь(сын))

Дата рождения получателя налогового вычета _____

ИНН получателя налогового вычета _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность (паспорт гражданина РФ) в случае отсутствия ИНН:

(серия, номер, дата выдачи)

Дата: «__» _____ 20__ г.

Подпись заявителя: _____

Принято: «__» _____ 20__ г.

Должность работника Клиники, Фамилия И.О.

Подпись: