В _____
ИНН _____ КПП _____
Адрес: _____
Тел.: _____

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

ФИО налогоплательщика _____
ИНН _____
Паспорт серия _____ № _____
выдан _____
Телефон: _____ E-mail: _____

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для получения налогового вычета за оказанные медицинские услуги:

☐ меня лично

☐ моего/моей _____
(Укажите степень родства с пациентом – жена, муж, сын, дочь и т.д)

за период: _____
(укажите годы, за которые нужно выдать справку)

Сведения о пациенте (заполните, если пациент и заявитель – не одно лицо):

ФИО пациента _____
Дата рождения _____
Паспорт серия _____ № _____
выдан _____

Справку прошу выдать следующим способом:

☐ Электронно напрямую в ИФНС, без выдачи на бумажном носителе

На бумажном носителе:
☐ лично мне

☐ направить почтой по адресу: _____

☐ доверенному лицу

ФИО доверенного лица _____
Паспорт серия _____ № _____
выдан _____

Дата _____ Подпись _____