

**ЗАЯВЛЕНИЕ
НА ВЫДАЧУ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ В НАЛОГОВЫЕ ОРГАНЫ**

В ООО «Поликлиника профилактической медицины»

от _____
ФИО, дата рождения

ИНН _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан кем _____ дата _____

Контактный номер телефона _____

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

- мне лично

- моему супругу (супруге) _____
ФИО, дата рождения

о моей матери (отцу) _____
ФИО, дата рождения

о моему ребенку (детям), _____
ФИО, дата рождения

подопечному в возрасте до 18 лет _____
ФИО, дата рождения

Услуги были оказаны (указать дату /период оказания услуг)

Способ выдачи справки:

ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ КАЗАНИ только лично заявителю по месту нахождения лечебного учреждения г.Казань, ул.Бутлерова, 54

ДЛЯ ИНОГОРОДНИХ: направить по почте по адресу:

индекс: _____

область (район, край): _____

город: _____

улица: _____

дом: _____ корпус _____ квартира _____

- выдать доверенному лицу:

ФИО доверенного лица: _____

Документ, удостоверяющий личность: серия _____ номер _____

Кем выдан _____ дата выдачи _____

Справка выдается только в том случае, если доверенное лицо указано в заявлении при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
подпись Заявителя ФИО Заявителя

Заявление принял « _____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /