

Директору ООО «ДиАрт»
Воскобойник Г.Н.

от _____

(Ф.И.О. налогоплательщика)
зарегистрированного по адресу:

тел.:

ЗАЯВЛЕНИЕ

на выдачу справки для получения налогового вычета

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «ДиАрт».

ФИО пациента (полностью) _____

Паспорт пациента: серия _____, № _____, дата выдачи: _____

Дата рождения _____ Степень родства с _____ налогоплательщиком

ФИО налогоплательщика (полностью) _____

ИНН налогоплательщика _____

Дата рождения _____ Отчетный период _____

Телефон _____ e-mail _____

Паспорт пациента: серия _____, № _____, дата выдачи: _____

дата: «_____» _____ 20__ г. подпись _____