

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) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Степень родства с налогоплательщиком \_\_\_\_\_

ФИО налогоплательщика (полностью) \_\_\_\_\_

ИНН налогоплательщика \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Отчетный период \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Паспорт налогоплательщика: серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, дата выдачи: \_\_\_\_\_

дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. подпись \_\_\_\_\_

*Для получения справки об оплате медицинских услуг клиентам необходимо предоставить: Договор на оказание платных медицинских услуг, копии чеков об оплате.*