Директору **ООО ‹ДиАрт»**

Воскобойник Г.Н.

ОТ

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

**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 налогоплательщика e-mail

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

дата: « » 20 г. подпись