

ЗАЯВЛЕНИЕ на налоговый вычет

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в ООО «Приморский центр микрохирургии глаза»

ФИО НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА _____

ИНН _____

Дата рождения « ___ » _____ г.

Документ удостоверяющий личность

Вид документа _____

Серия _____ Номер _____

Кем и когда выдан _____

Налоговый период (год) _____

Медицинские услуги оказаны:

мне; супругу(е); сыну; дочери; матери; отцу

ФИО ПАЦИЕНТА _____

ИНН _____

Дата рождения « ___ » _____ г.

Документ удостоверяющий личность

Вид документа _____

Серия _____ Номер _____

Кем и когда выдан _____

Телефон для связи _____

Указать способ получения справки: на руки, e-mail _____

Дата _____

Подпись _____

Срок подготовки справки 30 дней