



Заявление

От _____
(ФИО пациента полностью)

дата рождения _____

контактный телефон: _____

ИНН _____

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы за _____ год.

В справке прошу указать **ФИО пациента** _____

дата рождения _____

В справке прошу указать **ФИО налогоплательщика** _____

дата рождения _____

Документы заберу (указать нужный вариант):

- лично,
 по доверенности,
 направить на адрес электронной почты _____

Если пациентом является родственника заявителя, то необходимо указать степень родства: мать, отец, сын, дочь, супруг, супруга (нужное подчеркнуть).

Дата отправки заявления « _____ » _____ 20 ____ г.

Для получения справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы и получения социального налогового вычета, требуется **предоставить следующие данные:**

- полные ФИО налогоплательщика (справка может быть оформлена на себя лично, на супруга/гу, детей до 18 лет, родителей);
 - свидетельство ИНН;
 - копии Договоров по оказанным услугам с чеками;
 - заявление о предоставлении справки об оплате медицинских услуг по форме, представленной выше
- консультативный филиал на Кронверкском пр., д.31: kronverskiy31@yandex.ru
- консультативный филиал на ул. Савушкина, д.124,к.1. : savushkina124@yandex.ru

Срок рассмотрения заявки - 14 рабочих дней.