Генеральному директору
ООО «БЭБИ ДЕНТ»
Советкиной Диане Александровне
от

_____
(Ф. И. О. заявителя полностью)

дата рождения: _____
ИНН заявителя: _____
адрес места жительства: _____

_____
телефон: _____
адрес электронной почты: _____
документ, удостоверяющий личность: _____

_____
(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган в целях получения социального налогового вычета.

Налогоплательщик, заявляющий социальный налоговый вычет:

Ф. И. О. полностью: _____
дата рождения: _____
ИНН: _____

Потребитель (Пациент), которому были оказаны медицинские услуги:

Ф. И. О. полностью: _____
дата рождения: _____
степень родства с налогоплательщиком *(если применимо)*:

☐ сам налогоплательщик;

☐ супруг / супруга;

☐ несовершеннолетний ребенок;

☐ иной случай, предусмотренный законодательством: _____.

Период оказания и оплаты медицинских услуг:

С «____» _____20___г. по «____» _____20___г.

Договор на оказание платных медицинских услуг:

№_____ от «____» _____20____г.

Прошу оформить справку:

☐ на бумажном носителе;

☐ в электронной форме и направить электронной почтой на адрес:_____;

☐ выдать лично заявителю;

☐ выдать представителю по доверенности: _____

_____
(Ф. И. О. представителя, реквизиты доверенности)

Приложения *(при наличии)*:

_____
_____
_____
_____

«_____» _____20____г.

_____ _____
(подпись заявителя) (Ф. И. О. полностью)

Отметка ООО «БЭБИ ДЕНТ»

Заявление принято и зарегистрировано: Входящий №_____ от «____» _____ 20___ г.

Документ, удостоверяющий личность заявителя, предъявлен: ☐ да

Полномочия представителя проверены: ☐ да ☐ не требуется

Принял:

_____ _____
(подпись сотрудника) (Ф. И. О. должность)

«_____» _____20____г.