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 ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО пациента | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Число, месяц и год рождения | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
| ФИО налогоплательщика | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Число, месяц и год рождения | | | | | | |  | | | | | |
| Степень родства налогоплательщика (*если это не сам пациент*) | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ИНН налогоплательщика | | | | |  | | | | | | | |
| Отчетный период | | |  | | | | | | | | | |
| Контактный телефон | | | |  | | | | | | | | |
| Адрес проживания | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Способ получения справки: | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | |  | | электронная почта | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | лично | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | Почта России (*только для иногородних*) | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Дата |  | | | | | | | | Подпись | |  | |