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 |  |