

Генеральному директору
ООО ЛКЦ «ГЕРА»
Е.Н.Малыгиной

(Ф. И. О. пациента полностью)

(дата рождения)

ИНН _____

Паспорт серия _____ номер _____

Дата выдачи _____

Адрес места жительства: _____

Контактный телефон: _____

Заявление

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные мне / в отношении следующего физического лица (нужное подчеркнуть) медицинские услуги за 20_____ год в ООО ЛКЦ «ГЕРА».

Информация о физическом лице (заполняется при необходимости):

ФИО _____

ИНН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата рождения _____

Паспорт/ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ (для ребенка)

серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Дата _____ / _____ / _____

(подпись) (расшифровка подписи)

Заявление принял «_____» _____ 20_____ / _____ / _____

(подпись) (расшифровка подписи)

Справку об оплате медицинских услуг получил _____ / _____

(дата)

(Ф.И.О., подпись)