|  |
| --- |
| **Директору ООО «Ситидок-Эксперт Казань» Шарафиеввой А.И.** |
|  |
| от |
|   |
|   |
| Моб. Телефон:  |
| E-mail: |

**Заявление**

**на выдачу справки об оплате медицинских услуг 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 ООО «Ситидок-Эксперт Казань»

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО пациента** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **ФИО налогоплательщика** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **Отчетный период (год)** |  |
| **ИНН** |  |
| **Телефон** |  |
| **Адрес получения справки *(отметить нужное)*** | г. Казань, ул. Зелёная, 85 𝥁 г. Казань, ул. С.Батыева, 1 **𝥁** |

Заявление заполнил: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

 подпись, Ф.И.О

Заявление принял:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

 должность подпись, Ф.И.О