

ЗАЯВЛЕНИЕ
НА ВЫДАЧУ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ В НАЛОГОВЫЕ ОРГАНЫ РФ

В Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы
государственная стоматологическая поликлиника № 45
Управления здравоохранения города Москвы»

от _____
(*ФИО налогоплательщика полностью*)

ПАСПОРТ серия _____ номер _____

КОГДА ВЫДАН _____

ИИИ

ТЕЛ _____
(контактный номер телефона, **дата рождения**)

Заявление

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации с целью получения социального налогового вычета. Оплата была произведена мной за медицинские услуги, оказанные _____ ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»:

указать дату /период оказания услуг

- мне лично

моему супругу (супруге) _____
ИНН _____
ФИО, дата рождения

моей матери (отцу) _____
ИНН _____
ФИО, дата рождения

моему ребенку (детям), подопечному в возрасте до 18 лет _____

ФИО, дата рождения

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ серия и номер _____ дата выдачи _____

- моему ребенку (детям), подопечному в возрасте до 18 лет _____
ФИО, дата рождения _____

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ серия и номер _____ дата выдачи _____

Способ выдачи справки:

- лично заявителю по месту нахождения лечебного учреждения: г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, дом 63.
 - В течение 10 рабочих дней отправляется в ИФНС

«_____» 20 Г. _____ / _____ /