

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

В Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения города Москвы  
«Детская стоматологическая поликлиника № 45  
Департамента здравоохранения города Москвы»

от \_\_\_\_\_  
( *ФИО налогоплательщика полностью* )

ПАСПОРТ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

КОГДА ВЫДАН \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_  
*ФИО, дата рождения*  
ИНН \_\_\_\_\_
- ☐ моей матери (отцу) \_\_\_\_\_  
*ФИО, дата рождения*  
ИНН \_\_\_\_\_
- ☐ 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. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*подпись Заявителя* *ФИО Заявителя*  
Заявление принял: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /