

**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 _____

КЕМ 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. _____ / _____ /