

Заявитель:
Ф.И.О. _____

Проживающей (го) _____

контактный телефон _____

Заявление

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы.

Ф.И.О. получателя медицинских услуг (пациента):

Дата рождения: _____

Период налогового возврата: с _____ г. по _____ г.

Ф.И.О. получателя налогового вычета:

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

Фамилия

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

Имя

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

Отчество

ИНН получателя налогового вычета

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

Степень родства с пациентом: _____

Супруг (га), сын (дочь) до 18 лет, мать(отец)

Способ получения справки (поставить галочку в выбранном варианте)

- Лично мне в клинике
- Почтовым отправлением по адресу:

- Иному лицу**

* при выдаче справки иному лицу представителю при себе необходимо иметь **паспорт, нотариально удостоверенную доверенность** с правом получения информации о факте обращения пациента в медицинское учреждение, составляющей врачебную тайну (в соотв. с Законом № 323-ФЗ от 21.11.2011г).

Подписывая настоящее заявление подтверждаю достоверность указанных в заявлении сведений и принимаю ответственность за правильность указания данных на себя.

Мне разъяснено, что выдача документов производится только при условии предъявления документа, удостоверяющего личность.

« ____ » _____ 20 г.

(подпись)