

От _____

Паспорт серия: _____ № _____

Выдан: _____

_____ Дата выдачи: _____

Заявление

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

Данные Налогоплательщика (данные вводятся полностью, без сокращений):

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество: _____

Контактный номер телефона: _____

Адрес:

Индекс: _____ Регион: _____ Город: _____

Улица: _____ Дом: _____ Квартира: _____

Данные Пациента (данные вводятся полностью, без сокращений):

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество: _____

Дата рождения: _____ Родственная связь: _____
(число, месяц, год рождения) (мать/отец, сын/дочь, супруг/супруга)

Период, за который планируется налоговый вычет: _____

Дата

Подпись / _____
Расшифровка