

Генеральному директору
ООО Клиника Стандарт Пенза
Галееву Т.Р.

От (Ф.И.О. полностью, кто получает вычет)

_____ Г.р.

ИНН _____

паспорт серия _____ номер _____

выдан _____ (дата выдачи)

Проживающего(ей) по адресу:

Тел. _____

Заявление о предоставлении справки об оплате медицинских услуг

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги пациенту за _____ год в ООО Клиника Стандарт Пенза в отношении следующего физического лица (кто получил услугу):

ФИО пациента _____

ИНН пациента

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

Дата рождения пациента ____ . ____ . ____

Сведения о документе, удостоверяющем личность(пациента):

_____ серия _____ номер _____

(вид документа)

дата выдачи ____ . ____ . ____

Справку прошу (поставить галочку):

- выдать в бумажном виде
- отправить по электронному адресу, указать.
 - Адрес электронной почты _____
 - Почтовый адрес _____
- отправить в налоговый орган в электронной форме<*>

(подпись) _____ (ФИО) « ____ » _____ 20 ____ года
(дата)

<*> в отношении расходов, понесённых с 1 января 2024 года