

Руководителю

МЧУ «Медицинский центр «Рамбам»

Финберг М.Л.

От _____

Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы для получения социального налогового вычета.

Ф.И.О. налогоплательщика	
ИНН налогоплательщика	
Дата рождения налогоплательщика	
Документ, удостоверяющий личность налогоплательщика (серия, номер, дата выдачи, кем выдан)	
Ф.И.О. пациента, получившего услуги	
Дата рождения пациента	
Документ, удостоверяющий личность пациента (серия, номер, дата выдачи, кем выдан)	
Степень родства налогоплательщика и пациента (в случае отличия)	
За какой год нужна справка	
Контактный телефон (Мы сообщим Вам о готовности документа)	

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

Требуется ли продублировать договор на оказание медицинских услуг **ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)**

Требуется ли Выписка из лицензии на осуществление медицинской деятельности **ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)**

_____/_____/_____
(подпись) расшифровка подписи кем является подписант по Договору

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

В случае запроса справки через электронную почту (подтверждением информации, датой и подписью будет электронное письмо).

ПРОСЬБА ЗАПОЛНЯТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ РАЗБОРЧИВО И ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ !!!!!!! (от этого зависит правильность отражения информации в справке)