

Генеральному директору
ООО «ЛДЦ МИБС-Барнаул»

Гр. _____

(ФИО налогоплательщика)

проживающего по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Для целей получения социального налогового вычета ПРОШУ:

1. Выдать справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации

Данные физического лица (его супруга (супруги)), оплатившего медицинские услуги (далее – налогоплательщик):

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

_____ (наименование документа, номер, кем и когда выдан)

ФИО: _____

Дата рождения: _____ ИНН: _____

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (далее – пациент):

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

_____ (наименование документа, номер, кем и когда выдан)

ФИО: _____

Дата рождения: _____ ИНН: _____

Степень родства налогоплательщика с пациентом:

- супруг (супруга);
- родитель – мать, отец;
- ребёнок (в том числе усыновленный) в возрасте до 18 лет;
- подопечный в возрасте до 18 лет;
- ребёнок (в том числе усыновленный) в возрасте до 24 лет;
- бывший подопечный в возрасте до 24 лет

(отметить нужное)

За какой год (годы) нужна справка: _____

Контактный телефон* _____

* Мы сообщим Вам о готовности справки. Справка может быть получена лично или путем выдачи доверенному лицу по месту обращения налогоплательщика за её выдачей. Ориентировочный срок готовности справки – 10 рабочих дней.

2. Направить справку:

- по электронной почте: _____
- Почтой России за мой счет по адресу**: индекс: _____, адрес: _____

** Направление документов Почтой России осуществляется после оплаты данной услуги налогоплательщиком.

3. Выдать справку доверенному лицу***:

_____ (ФИО доверенного лица полностью)

*** Справка выдается доверенному лицу при предъявлении доверенным лицом документа, удостоверяющего личность, и при условии, что доверенное лицо указано в настоящем заявлении.

_____ (ФИО налогоплательщика полностью, подпись)

Дата: _____

Справку получил(а).

Дата _____ Подпись _____ ФИО _____