Директору

ООО «ТРИСМАЙЛ»

Бабушкину Н. П.

**Заявление**
о выдаче справки об оплате медицинских услуг для представления

в налоговый орган

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО того, кто будет получать налоговый вычет)

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Прошу выдать справку об оказанных и оплаченных услугах для представления в ИФНС за 202\_\_ год.**

Сумма оплаченных услуг, руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(только для случаев, когда вычет получают несколько налогоплательщиков)

**Справку прошу выдать на руки при посещении Клиники или по электронной почте.**

Пациент:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(ФИО) (Подпись)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_