В

(наименование медицинской организации)

от

(фамилия, имя, отчество полностью)

(фамилия, имя, отчество полностью)

ИНН 1

Документ, удостоверяющий личность:

(серия и номер, кем и когда выдан)

(серия и номер, кем и когда выдан)

(дата рождения)

Адрес места жительства/регистрации:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Контактный телефон: |  | ( |  | ) |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о выдаче Справки для получения налогоплательщиком социального налогового вычета, предусмотренного подпунктом 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации

Прошу выдать мне Справку о подтверждении факта оплаты медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | от |  | № |  | , |
| (вид договора) |  | (дата) |  | (номер) |  |

заключенному в пользу (указываются данные пациента, за которого производилась оплата)

(фамилия, имя, отчество пациента, степень родства, дата рождения)

(фамилия, имя, отчество пациента, степень родства, дата рождения)

Документ, удостоверяющий личность пациента:

(серия и номер, кем и когда выдан)

(серия и номер, кем и когда выдан)

ИНН

(ИНН пациента)

в сумме

(цифрами и прописью)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | рублей |  | коп. | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |  | / |  | | | |
|  |  |  | дата |  |  |  | подпись |  | Фамилия И. О. | | | |