

**Форма заявления
на оформление справки об оплате медицинских услуг
для представления в налоговые органы Российской Федерации**

Генеральному директору
ООО ЛДЦ «МИЛЕНАРИС»
Грингауз И.Е.

от _____

(Ф.И.О. полностью)

Заявление

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг, для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги в ООО ЛДЦ «МИЛЕНАРИС».

Оплата была произведена мной за медицинские услуги, оказанные

(период оказания услуг)

Ф.И.О. физического лица, дата рождения, оплатившего медицинские услуги (налогоплательщик):

ИНН: _____, ПАСПОРТ: серия, номер _____, дата выдачи _____

** Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги*

*** Заполняется в случае, когда налогоплательщик и пациент не является одним лицом*

(Ф.И.О, дата рождения)

ИНН: _____, ПАСПОРТ: серия, номер _____, дата выдачи _____

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

Телефон: _____

Ф.И.О. _____ Подпись _____ / Дата _____ 20__ г.

**** подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006, №152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.*

**Форма заявления
на оформление справки об оплате медицинских услуг
для представления в налоговые органы Российской Федерации**

Генеральному директору
ООО «МИЛЕНАРИС ДИАГНОСТИКА»
Грингауз Д.И.

от _____

(Ф.И.О. полностью)

Заявление

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг, для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги в ООО «МИЛЕНАРИС ДИАГНОСТИКА». Оплата была произведена мной за медицинские услуги, оказанные

(период оказания услуг)

Ф.И.О. физического лица, дата рождения, оплатившего медицинские услуги (налогоплательщик):

ИНН: _____, ПАСПОРТ: серия, номер _____, дата выдачи _____

** Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги*

*** Заполняется в случае, когда налогоплательщик и пациент не является одним лицом*

(Ф.И.О, дата рождения)

ИНН: _____, ПАСПОРТ: серия, номер _____, дата выдачи _____

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

Телефон: _____

Ф.И.О. _____ Подпись _____ / Дата _____ 20__ г.

**** подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006, №152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.*

**Форма заявления
на оформление справки об оплате медицинских услуг
для представления в налоговые органы Российской Федерации**

Генеральному директору
ООО «МИЛЕНАРИС ПРОФИЛАКТИКА»
Грингауз С.И.

от _____

(Ф.И.О. полностью)

Заявление

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг, для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги в ООО «МИЛЕНАРИС ПРОФИЛАКТИКА». Оплата была произведена мной за медицинские услуги, оказанные

(период оказания услуг)

Ф.И.О. физического лица, дата рождения, оплатившего медицинские услуги (налогоплательщик):

ИНН: _____, ПАСПОРТ: серия, номер _____, дата выдачи _____

** Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги*

*** Заполняется в случае, когда налогоплательщик и пациент не является одним лицом*

(Ф.И.О, дата рождения)

ИНН: _____, ПАСПОРТ: серия, номер _____, дата выдачи _____

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

Телефон: _____

Ф.И.О. _____ Подпись _____ / Дата _____ 20__ г.

**** подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006, №152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.*