

В Регистратуру ООО «Л-Мед»
ИНН 3327116552 КПП 332701001
Адрес: 600024, г. Владимир, пр-кт Ленина, д. 43
Тел.: 8 (4922) 54-70-57

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в
налоговые органы**

ФИО
налогоплательщика _____
ИНН _____
Паспорт серия _____ № _____
выдан _____
Телефон: _____ E-mail: _____

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для получения налогового вычета за
оказанные медицинские услуги:

меня лично
 моего/моей _____
(Укажите степень родства с пациентом – жена, муж, сын, дочь и т.д.)
за период: _____
(укажите годы, за которые нужно выдать справку)

Сведения о пациенте (заполните, если пациент и заявитель – не одно лицо):

ФИО пациента _____
Дата рождения _____
Паспорт серия _____ № _____
выдан _____

Справку прошу выдать на бумажном носителе:

лично мне
 доверенному лицу

ФИО доверенного лица _____
Паспорт серия _____ № _____
выдан _____

Дата _____ Подпись _____