ООО «ДОМ ЗДОРОВЬЯ»

ИНН 5321096906 КПП 532101001
173000, г. Великий Новгород, ул. Зеленая, д. 8
Телефон: (8162) 62-00-00
email: info@domzdrav.com
сайт: www.domzdrav.com

Заявление на выдачу справки для получения налогового вычета

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «ДОМ ЗДОРОВЬЯ»

1. ФИО пациента _____

2. Дата рождения пациента «_____» _____ _____г.

3. Паспорт/свидетельство о рождении пациента _____ _____ «_____» _____ _____г.
нужное подчеркнуть серия номер дата выдачи

4. ИНН пациента _____

5. ФИО налогоплательщика
(кто оплачивал мед услуги) _____

6. Дата рождения налогоплательщика «_____» _____ _____г.

7. Паспорт налогоплательщика _____ _____ «_____» _____ _____г.
серия номер дата выдачи

8. ИНН налогоплательщика _____

9. За какой год нужна справка _____ 10. Телефон _____

Степень родства пациенту (мать, отец, сын до 18 лет, дочь до 18 лет, супруг, супруга)
нужное подчеркнуть

Выдать справку доверенному лицу (справка выдается только в случае, если доверенное лицо прописано в заявлении (при наличии доверенности) и при предъявлении доверенным лицом документа, удостоверяющего личность):

ФИО доверенного лица _____

Комментарии _____

Обращаем ваше внимание на то, что необходимо заполнить ВСЕ строки заявления.

Частично заполненные заявления к обработке не принимаются. В случае, если совершеннолетний пациент заполняет заявление за себя, то пункты 5 - 8 не заполняются .

Заполненное и подписанное заявление вы можете передать в «Дом Здоровья» любым способом:

- Принести его бумажную версию и оставить в регистратуре
- Отправить скан-копию или читаемое фото на email: info@domzdrav.com

Срок изготовления справки до 30 календарных дней.

Подпись _____ Дата «_____» _____ 20_____г.