

Директору Обществу с ограниченной  
ответственностью «МЕДИЦИНСКИЙ  
ЦЕНТР СЕМЕЙНАЯ КАРДИОЛОГИЯ»  
Пелевиной Татьяне Юрьевне

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (телефон)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для получения социального налогового вычета. Предоставляю следующие сведения:

1. Данные физического лица, оплатившего медицинские услуги (налогоплательщик):

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (паспорт: серия, номер, дата выдачи)

2. Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (пациент), заполняется, если налогоплательщик не является пациентом:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (паспорт: серия, номер, дата выдачи)

3. Адрес подразделения, где была оказана медицинская помощь (нужное подчеркнуть):

- ул. Партизанская, д.132

4. Дата оплаты медицинских услуг \_\_\_\_\_

(перечислить)

5. Сумма оплаты общая \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (цифрами и прописью)

6. Способ получения справки (указать):

- г. Барнаул, ул. Партизанская, д.132 (оригинал документа) \_\_\_\_\_

- электронная почта (скан документа) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата написания)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)