Директору ООО «Интердент»
Стоматологическая клиника
Маннапову Ильдару Азатовичу
От_____
(ФИО налогоплательщика)
_____
проживающего по адресу:_____
_____
Тел.контактный:_____

Заявление на выдачу справки для получения налогового вычета

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Интердент» Стоматолгическая клиника за_____год.

Фамилия, Имя, Отчество налогоплательщика	
ИНН	
Дата рождения	
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа_____ серия_____номер _____ Дата выдачи_____
Медицинские услуги оказаны: мне____супруге (у) ___ сыну (дочери) ___ матери (отцу)	
Фамилия, Имя, Отчество пациента (Заполняем, если налогоплательщик и пациент НЕ являются одним лицом)	
ИНН	
Дата рождения	
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа_____ серия_____номер _____ Дата выдачи_____

Выдать справку доверенному лицу*:

_____
(ФИО доверенного лица полностью)

*Справка выдается доверенному лицу при предъявлении доверенным лицом документа, удостоверяющего личность, и при условии, что доверенное лицо указано в настоящем заявлении.

Обращаем Ваше внимание на то, что необходимо заполнить ВСЕ строки заявления. Частично заполненные заявления к обработке не принимаются.

Заполненное и подписанное заявление Вы можете предоставить любым способом:

- Подать лично в ООО «Интердент» Стоматологическая клиника по адресу: г. Нефтекамск, пр. Комсомольский 39Г;
- Отправить скан-копию или читаемое фото на email: **interdent_n@mail.ru**

Срок изготовления справки до 30 календарных дней с даты подачи заявления.
На обработку персональных данных согласен (а).
Подписывая настоящее заявление Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.

_____/_____/ «_____»_____20 г.

Заявление получено

_____/_____/ «_____»_____20 г.