

В бухгалтерию ООО «Добрый доктор»
от **(ЗАПОЛНЯЕТСЯ
ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)**

(ФИО пациента, дата рождения)

(ФИО налогоплательщика)

ИНН _____

Контактный телефон: _____

**ПОЛУЧАТЬ С ПАСПОРТОМ В ЧАСЫ
РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА**

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ с целью получения социального налогового вычета за оказанные медицинские услуги:

За период _____

Необходимые документы прилагаю.

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

Заявление принял:

(должность)

(ФИО)