Генеральному директору ООО МЦ «Мегаполис» Агаджанян К.В.

От _____

_____

Проживающий(ей) по адресу: _____

_____

Телефон: _____

Заявление.

Прошу выдать номерную справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган, а также иные документы, необходимые для получения налогового вычета за период:

_____

Пациент (указать родство, **ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗАТЬ ИНН ПАЦИЕНТА**):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Приложение:

-копия чеков да/нет (нужное подчеркнуть)

-ИНН копия да/нет (указать номер ИНН при отсутствии копии)

№ ИНН налогоплательщика (**графа для обязательного заполнения)** _____

Дата рождения налогоплательщика (**графа для обязательного заполнения)** _____

Дата: _____

Подпись_____

Принял администратор_____