

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### ОБ ОФОРМЛЕНИИ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В медицинскую организацию: 344019, Россия, Ростовская область, г.  
Ростов-на-Дону, ул Мясникова, 50/31, ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР  
НЕЙРОДОН» \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения пациента: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. налогоплательщика, заявляющего социальный налоговый вычет:

\_\_\_\_\_

ИНН налогоплательщика: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Прошу оформить справку об оплате медицинских услуг за период:

\_\_\_\_\_

Если налогоплательщик не является пациентом, степень родства / основание:

\_\_\_\_\_

Прошу (нужное отметить):

\_\_\_ выдать справку на бумажном носителе;

\_\_\_ направить справку/сведения в электронной форме, если такой способ  
предусмотрен действующим порядком;

\_\_\_ передать сведения в налоговый орган для получения социального налогового  
вычета в упрощенном порядке, если это применимо к указанному налоговому  
периоду.

Подтверждаю правильность указанных сведений.

Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.      Подпись: \_\_\_\_\_