

Обращаем Ваше внимание, что необходимо заполнить все строки заявления. Заполненное и подписанное заявление вы можете отдать в регистратуру клиники либо отправить на электронную почту info@novoe-zreniye.ru. Срок изготовления справки 30 дней.

Подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями ФЗ от 27.07.2006г. №152 ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить **Справку об оплате медицинских услуг** для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги в ООО «Медицинский Центр Новое Зрение».

ФИО налогоплательщика

ИНН Дата рождения

Паспорт: серия № Дата выдачи

Налогоплательщик и пациент является одним лицом: Да Нет

Если пациент другое лицо, то данные пациент а/ ов заполните ниже (дочь/сын, супруг/супруга, мать/отец):

ФИО пациента №1

ИНН Дата рождения

Паспорт: серия № Дата выдачи

ФИО пациента №2

ИНН Дата рождения

Паспорт: серия № Дата выдачи

ФИО пациента №3

ИНН Дата рождения

Паспорт: серия № Дата выдачи

Налоговый период (за какой год/года необходима справка)

Документы удобно получить (**выбрать только один пункт**):

- ул. Русская, 51В
- ул. Светланская, 123
- Направить на электронную почту

Номер контактного телефона +7

Дата

Подпись _____