

## ЗАЯВЛЕНИЕ

**Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы для получения социального налогового вычета:**

ИНН налогоплательщика \_\_\_\_\_

ФИО налогоплательщика \_\_\_\_\_

Дата рождения налогоплательщика \_\_\_\_\_

Если налогоплательщик и пациент НЕ являются одним лицом:

ИНН пациента \_\_\_\_\_

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Родственные отношения \_\_\_\_\_

Дата рождения пациента \_\_\_\_\_

За какой год нужна справка? \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**Заявление можно отправить на электронную почту [dental86@yandex.ru](mailto:dental86@yandex.ru)**