Генеральному директору

ООО «Никсор Клиник»

(ООО Центр семейного здоровья,

 ООО НИКСОР ДЕТСТВО – указать наименование клиники,

в которой получали медицинские услуги)

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата рождения)

ИНН ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление.

Прошу предоставить справку для получения налогового вычета за 20\_\_\_\_год.

ФИО налогоплательщика (ИНН) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО пациента (степень родства) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Копии кассовых чеков, подтверждающих оплату услуг прилагаю.

(В случае утери чеков, предоставить реестр оказанных услуг (товарных чеков) с указанием даты и стоимости услуги (товарные чеки, реестр услуг оформляет администратор клиники по адресу получения медицинской помощи).

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)