

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ  
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА НАЛОГОВЫЙ ВЫЧЕТ**

ФИО налогоплательщика \_\_\_\_\_

ФИО пациента (пациентов) \_\_\_\_\_

Менялась ли фамилия ранее \_\_\_\_\_

Паспортные данные налогоплательщика: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

Адрес регистрации налогоплательщика (по паспорту): \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Налоговый вычет период с \_\_\_\_\_ года по \_\_\_\_\_ года

Контактные телефоны \_\_\_\_\_

Необходима ли копия договора об оказании платных медицинских услуг?  Да.  Нет.

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

-----  
**ЗАПОЛНЯЕТСЯ АДМИНИСТРАТОРОМ КЛИНИКИ**

Заявление принял \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_