

СПб ГБУЗ «ГКДЦ № 1»

ИНН 7802035410 КПП 780201001

194354, Санкт-Петербург, ул. Сикейроса, дом 10

Заявление о выдаче справки

об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

ФИО налогоплательщика _____

Дата рождения налогоплательщика _____

ИНН _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

Телефон: _____

E-mail: _____

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для получения налогового вычета за _____ оказанные

☐ медицинские услуги: мне лично

☐ моему/моей _____

(Укажите степень родства с пациентом – жена, муж, сын, дочь, мать, отец и т.д.)

за период: _____

(укажите годы, за которые нужно выдать справку)

Сведения о пациенте (заполните, если пациент и налогоплательщик – не одно лицо):

ФИО пациента _____

Дата рождения _____

Паспорт серия _____ № _____
выдан _____

Справку прошу выдать следующим способом:

На бумажном носителе:

☐ лично мне

☐ Направить по адресу электронной почты: _____

☐ доверенному лицу

ФИО доверенного лица _____

Паспорт серия _____ № _____
выдан _____

Дата _____ Подпись _____ ФИО _____