Генеральному директору

ООО «Дента-Бур»

Ручке С.И.

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

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

*(Ф.И.О. полностью)* \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.

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

Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

*(кем и когда)*

Адрес регистрации: индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

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

заявление.

Для оформления социального налогового вычета за оказанные медицинские услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(МНЕ или Ф.И.О. полностью и дата рождения родственника)*

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год (ы) прошу предоставить мне:

1. Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации - ДА.

2. копию договора на оказание медицинских услуг - *\_\_\_\_\_\_(ДА или НЕТ)*;

3. копию лицензии - *\_\_\_\_\_\_(ДА или НЕТ).*

*Я предупрежден, что:*

*Справка будет подготовлена не позднее чем через 10 дней, и могу получить информацию о готовности, позвонив по телефону:8(495) 706-18-68;*

*Справка и копии необходимых документов (договор, лицензия) выдается при личном визите налогоплательщика, ПО ПРЕДЪЯВЛЕНИЮ ПАСПОРТА;*

*получить справку для лица, оплатившего в нашей клинике медицинские услуги себе или членам семьи может другой человек, если он указан в* [*информированном согласии*](http://www.zdorovo365.ru/index.php?id=17599) *в качестве лица, которому доверяется получение такой информации, и ПО ПРЕДЪЯВЛЕНИЮ ПАСПОРТА.*

Дата: \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)