

**Заявление на выдачу справки для получения налогового вычета
в администрацию ООО «Валеомед»**

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Валеомед»

ФИО пациента_____

Дата рождения _____

Паспорт Серия или(свид.о
рождении)_____ №_____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

ИНН (при наличии)_____

ФИО налогоплательщика_____

Дата рождения _____

Паспорт Серия_____ №_____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Отчетный период_____

ИНН_____

Телефон_____

Электронный адрес: _____

Почтовый адрес:

Предпочтительная форма получения справки (нужно подчеркнуть)

1)Очно

2)По электронной почте

3)Почтовым отправлением

_____ ФИО

_____ Подпись _____ Дата

*Сведения предоставляются в течении **30** дней со дня подачи заявления (Приказ ФНС России от 08.11.2023г.
№ ЕА-7-11/824@)