

от _____

(ФИО пациента/ представителя несовершеннолетнего пациента полностью)

контактный телефон _____

Заявление**о предоставлении справки об оплате медицинских услуг**

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг, оказанных за период _____

мне лично: дата рождения _____, **ИНН** _____**паспорт:** серия _____ № _____ **дата выдачи** _____№ амбулаторной карты (*заполняется сотрудником клиники*) _____**моим детям в возрасте до 18 лет:****ФИО** _____

(фамилия, имя, отчество, несовершеннолетнего ребенка, полностью)

Дата рождения: _____ **ИНН** ребёнка (при наличии) _____**свидетельство о рождении:** серия _____ № _____ **дата выдачи** _____№ амбулаторной карты (*заполняется сотрудником клиники*) _____;**ФИО** _____

(фамилия, имя, отчество, несовершеннолетнего ребенка, полностью)

Дата рождения: _____ **ИНН** ребёнка (при наличии) _____**свидетельство о рождении:** серия _____ № _____ **дата выдачи** _____№ амбулаторной карты (*заполняется сотрудником клиники*) _____;**В качестве получателя вычета (налогоплательщика) прошу указать:**

(заполнять если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом)

ФИО (полностью) _____**дата рождения** _____ **ИНН** _____,**паспорт:** серия _____ № _____ **дата выдачи** _____ **степень родства** _____**Способ получения справки**(лично или **заказным письмом** с уведомлением

(письмо отправляется за счёт заявителя, указать адрес)

Приложение:

- копия документа, подтверждающего произведенные расход

(дата)_____
(подпись заявителя)_____
(расшифровка подписи)_____
(дата)_____
(подпись сотрудника, принявшего заявление)_____
(расшифровка подписи)

ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ _____