

От \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Тел. \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

## Заявление на получение налогового вычета

прошу выдать справку для получения социального налогового вычета на

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. налогоплательщика, дата рождения налогоплательщика)\_\_\_\_\_  
(Паспорт налогоплательщика, Серия, номер, дата выдачи)\_\_\_\_\_  
(ИНН налогоплательщика)в том, что он (она) оплатил (а) медицинские услуги, оказанные  
ему(ей) \_\_\_\_\_, супруге (супругу) \_\_\_\_\_, сыну (дочери) \_\_\_\_\_, матери (отцу)\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента, дата рождения пациента)\_\_\_\_\_  
(Паспорт/свидетельство о рождении пациента, Серия, номер, дата выдачи)\_\_\_\_\_  
(ИНН пациента)

| № п/п | За период     |
|-------|---------------|
| 1     | За _____ год. |
| 2     | За _____ год. |
| 3     | За _____ год. |

дата заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись заявителя \_\_\_\_\_