

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)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)

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

дата заявления «___» _____ 20__ год

Подпись заявителя _____