

Директору ООО «Косметологическая клиника Л.Власовой»

Власовой Людмиле Васильевне

От _____

(Ф.И.О полностью)

Телефон: _____

Заявление

Прошу передать сведения об оплате налогоплательщиком медицинских услуг, за 202__год, необходимых для предоставления социального налогового вычета, предусмотренного подп. 3 п.1 ст. 219 НК РФ.

Сумма расходов за оказанные медицинские услуги по коду услуги «1» : _____ руб
_____ коп.

Данные физического лица, оплатившего медицинские услуги:

Ф.И.О(полностью): _____

Дата рождения: _____ ИНН: _____

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом : да / нет

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги:

Ф.И.О(полностью): _____

Дата рождения: _____ ИНН/пасп.данные/свид.о рождении: _____

Подпись: _____

Дата: _____