

В ОБУЗ «Кардиологический диспансер»  
от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

ИНН \_\_\_\_\_ г.р.

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_ (дата выдачи)

Проживающего(ей) по адресу:

Тел. \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги за период \_\_\_\_\_ в ОБУЗ «Кардиологический диспансер» мне лично

ФИО \_\_\_\_\_.

В качестве получателя вычета (налогоплательщика) прошу указать\*:

ИНН, ФИО \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*обязательно указать степень родства, паспортные данные получателя вычета, если получатель не заявитель

### Способ получения справки

<input type="checkbox"/>	Лично
<input type="checkbox"/>	Лично через представителя
<input type="checkbox"/>	На электронную почту в виде электронного образа (скана)
<input type="checkbox"/>	направить курьерской службой СДЭК за мой счет по адресу _____

Прилагаю следующие документы (копии):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Прошу предоставить Сведения в налоговый орган в электронной форме \_\_\_\_\_ да / нет

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)