ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАПОЛНЯТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ!

От _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

Данные Налогоплательщика (данные вводятся полностью, без сокращений):

ИНН: _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Вид документа _____

Серия и Номер _____

Дата выдачи _____

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество: _____

Дата рождения: _____

(число, месяц, год рождения)

Контактный номер телефона: _____

Адрес: Индекс _____ Регион _____ Город _____

Улица _____ Дом _____ Квартира _____

Данные Пациента (данные вводятся полностью, без сокращений):

ИНН: _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Вид документа _____

Серия и Номер _____

Дата выдачи _____

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество: _____

Дата рождения: _____ Родственная связь: _____

(число, месяц, год рождения) (мать/отец, сын/дочь, супруг/супруга)

Период, за который планируется налоговый вычет (год): _____

Способ получения справки (*нужное подчеркнуть*): **Лично/Заказным письмом Почтой России** по указанному в Заявлении адресу

✓

_____ _____ / _____

Дата Подпись Расшифровка

Заявление необходимо отправить Почтой России.
Кому: Санкт-Петербургский филиал "МНТК "Микрохирургия глаза".
Куда: 192283, Санкт-Петербург, ул. Ярослава Гашека, д. 21.