

ДИРЕКТОРУ
филиала «Мединцентр»
АЗАРОВУ В.Г.
от пациента _____
№ а/к _____
*налогоплательщик _____
(ФИО, родственные связи)
ИНН _____
контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

С целью получения социального налогового вычета прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ по форме, утвержденной Приказом Минздрава и МНС России от 25 июля 2001г. №289/БГ-3-04/256, за _____ год

Приложение -копии справок (чеков) в количестве ____ шт.

подпись

дата

*Конт. тел. 499-237-66-05
Волбуева Раиса Петровна*