Общество с ограниченной ответственностью

«АРТСТОМ»

ИНН *7802883378* ***КПП 780201001***
Расчетный счет:40702810810000707926
БИК: 044525974 Корр. счет: 30101810145250000974
Адрес: *194044, Город Санкт-Петербург, вн.тер. г. Муниципальный Округ Сампсониевское, ул Комиссара Смирнова, дом 15, литера В, этаж 1, помещение 1-Н* ***Тел/факс: +7 (995)997-93-99***
e-mail: union.gk@yandex.ru

Заявление на выдачу справки для получения налогового вычета

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО«АртСтом»

1.ФИО пациента_____

2. Дата рождения пациента «_____» _____г.

3. Паспорт/свид-во о рождении пациента _____ _____ «_____» _____ _____г.
(серия, номер и дата выдачи)

4. ИНН пациента ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

В случае, если совершеннолетний пациент заполняет заявление за себя, то пункты ***5-8 не заполняются***.

5. ФИО налогоплательщика (кто оплачивал мед услуги)

_____

6. Дата рождения налогоплательщика «_____» _____г.

7. Паспорт налогоплательщика _____ №_____ «_____» _____

_____г. серия номер дата выдачи

8. ИНН налогоплательщика ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

9. За какой год нужна справка 20____ год

10. Телефон + 7 ( )

Степень родства пациенту (мать, отец, сын до 18 лет, дочь до 18 лет, супруг, супруга) нужное подчеркнуть

. Заполненное и подписанное заявление вы можете передать в стоматологию «АртСтом» любым способом:

• Принести его бумажную версию в клинику
• Отправить скан-копию или читаемое фото на email

Прошу выслать справку на электронную почту: _____
Прошу выдать справку лично: _____

Срок изготовления справки до 30 календарных дней.

Подпись _____ Дата «_____» _____ 20_____г