Руководителю
Стоматологической клиники
П.В. Сельскому

Заявление на выдачу справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации**.**

Фамилия, Имя, Отчество налогоплательщика (полностью)	_____
ИНН и паспортные данные (наименование документа, серия и номер, дата выдачи)	
Дата рождения налогоплательщика	_____ _____ _____год
Налоговый период (год)	За 202____год
Контактный номер телефона	
E-mail	

Прошу Вас предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги (нужное отметить **V**)

☐Мне

☐Моему супругу

ФИО полностью	**Дата рождения**	**ИНН и паспортные данные**
_____		
Свидетельство о браке (серия, номер, дата выдачи)		

☐Моим родителям

ФИО полностью	**Дата рождения**	**ИНН и паспортные данные**
1._____		

☐Моим детям

ФИО полностью	**Дата рождения**	**ИНН и паспортные данные (при наличии)**
1. _____		
Свидетельство о рождении (серия, номер, дата выдачи)		
2._____		
Свидетельство о рождении (серия, номер, дата выдачи)		

_____ _____/_____
(дата) подпись ФИО