Медицинский центр

ООО «Центр репродуктивного здоровья»

Ф.И.О. пациента _____

Ф.И.О. налогоплатильщика_____

ИНН налогоплательщика_____

№ телефона_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне необходимые документы для получения социального налогового вычета на собственное лечение (если услуга оказывалась членам семьи, указать Ф.И.О._____)

за _____год по имеющимся у меня чекам.

№ п/п	Дата услуги	Сумма, руб.
	Итого:	

ДАТА _____ Подпись_____