|  |
| --- |
| Главному врачу ГАУЗ «РККВД» |
| от налогоплательщика |
|  |
|  |
|  |
| Проживающему по адресу: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ИНН:  |
| Тел.: |

заявление.

Прошу предоставить пакет документов для получения налогового вычета за оказанные платные услуги.

ФИО пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ амбулаторной карты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата оплаты: |  | сумма оплаты:  |  |
| Дата оплаты:  |  | сумма оплаты: |  |
| Дата оплаты:  |  | сумма оплаты: |  |

*Дата*

*Подпись*