**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАПОЛНЯТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ!**

|  |  |
| --- | --- |
| **От** |  |

# **ЗАЯВЛЕНИЕ**

# **Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.**

# **Данные Налогоплательщика (данные вводятся полностью, без сокращений):**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИНН:** |  |
| **Сведения о документе, удостоверяющем личность:** |
| **Вид документа** |  |
| **Серия и Номер** |  |
| **Дата выдачи** |  |
| **Фамилия:** |  |
| **Имя:** |  |
| **Отчество:** |  |
| **Дата рождения:** |  |  |
|  | (число, месяц, год рождения) |  |
|  |  |
| **Контактный номер телефона:** |  |
| **Адрес:**  | **Индекс** |  | **Регион** |  | **Город** |  |
| **Улица** |  | **Дом** |  | **Квартира** |  |

# **Данные Пациента (данные вводятся полностью, без сокращений):**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИНН:** |  |
| **Сведения о документе, удостоверяющем личность:** |  |
| **Вид документа** |  |
| **Серия и Номер** |  |
| **Дата выдачи** |  |
| **Фамилия:** |  |
| **Имя:** |  |
| **Отчество:** |  |
| **Дата рождения:** |  | **Родственная связь:** |  |
|  | (число, месяц, год рождения) |  | (мать/отец, сын/дочь, супруг/супруга) |

# **Период, за который планируется налоговый вычет (год): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Способ получения справки** (*нужное подчеркнуть*): **Лично/Заказным письмом Почтой России** по указанному в Заявлении адресу

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ✓ | **/** |  |
| **Дата** |  | **Подпись** |  | **Расшифровка** |

Заявление необходимо отправить Почтой России.

Кому: Новосибирский филиал "МНТК "Микрохирургия глаза". Каб.608.

Куда: 630096, г.Новосибирск, ул.Колхидская, д.10.