

Генеральному директору
АО «Семейный доктор»
Графовой Ю.В.от _____
(Ф.И.О. полностью)

ИНН _____

№ медицинской карты (ЭМК) _____

Мобильный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ**о выдаче справки об оплате оказанных медицинских услуг**

Прошу выдать справку об оплате оказанных медицинских услуг за _____ год/годы:

☐ по контракту, дополнительному соглашению № _____

владелец контракта: _____

обслуживается по контракту:

Ф.И.О. _____ № ЭМК _____ степень родства _____

Ф.И.О. _____ № ЭМК _____ степень родства _____

Ф.И.О. _____ № ЭМК _____ степень родства _____

☐ об оплате разовых медицинских услуг :

Ф.И.О. _____ № ЭМК _____ степень родства _____

Ф.И.О. _____ № ЭМК _____ степень родства _____

Ф.И.О. _____ № ЭМК _____ степень родства _____

для предоставления в налоговые органы РФ (необходимые документы прилагаю).

Справку прошу передать в Поликлинику № _____.

Запрашивая справку в целях получения налогового вычета на лечение ребенка в возрасте от 18 до 24 лет, настоящим гарантирую, что ребенок является обучающимся по очной форме обучения в организации, осуществляющей образовательную деятельность.

Заявление принял:

Ф.И.О. _____

Подпись _____

Дата «_____» _____ 20__ г.

Ф.И.О. _____

Должность _____

Подпись _____

Дата «_____» _____ 20__ г.

Поликлиника № _____