

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации от _____

Фамилия Имя Отчество налогоплательщика

Дата рождения _____

Паспорт серия _____ номер _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Тел. _____

ИНН _____

Заявление

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы с целью получения социального налогового вычета за _____ год.

Пациент _____

Фамилия Имя Отчество

Дата рождения _____

ИНН _____

Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Кому предоставлена услуга: мне лично, супругу (супруге), матери (отцу), сыну (дочери)

(Подчеркнуть, кому оказана услуга)

Способ получения:

- лично по месту нахождения лечебного учреждения:

Верхне-Волжская наб., 18/1,

ул. Семашко, 22,

ул. Минина, 20,

ул. Невзоровых, 100

- направить заказным письмом _____

указать индекс, область (край, район), город, улицу, дом и квартиру

- выдать доверенному лицу

ФИО доверенного лица _____

Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____

Справка выдается только в том случае, если доверенное лицо указано в заявлении при предъявлении документа удостоверяющего личность

« _____ » _____ 20 _____ г. _____

Подпись заявителя

ФИО заявителя

Заявление принял « _____ » _____ 20 _____ г. _____

Подпись

ФИО