Директору ООО «ЛДЦ «Три сердца»»

Сыромятниковой С.А.

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заявление

Прошу подготовить документы для налоговой инспекции об оплате медицинских услуг

Ф.И.О (налогоплательщика):

Дата рождения:

ИНН:

Год оказания медицинских услуг:

Контактный номер телефона:

Адрес электронной почты:

Укажите ваших родных, если хотите получить вычет за оплату их лечения (супруг(а), родители):

1. Ф.И.О:
2. Дата рождения:
3. ИНН:

« » 20 г. Подпись