Главному врачу

ФГБУ «Клиническая больница»

Амосовой Н.А.

От **Иванова Ивана Ивановича**

Ф.И.О. полностью

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего(-ей) по адресу:

**117285, г. Москва, ул. Мира, дом 153, кв.1**

(индекс и почтовый адрес, телефон)

**сот .тел. +7 000-000000**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**дата рождения: 01.05.1976**

документ удостоверяющий личность (налогоплательщика) **паспорт**

**серия 63 15 № 825603**

**дата выдачи 05.06.2022**

ИНН (налогоплательщика) **123456789999**

\*документ удостоверяющий личность (пациент)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения (пациента):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН (пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.(пациента - *полностью*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган за запрашиваемый налоговый период (2024 год) в котором оказывалась медицинская услуга, а также осуществлялись расходы на медицинскую услугу на основании\*:

**договора № 33/ 77777/ 000077777 от 15.04.2024 на сумму 50 000, 00 руб. (Пятьдесят тысяч рублей 00 копеек).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись:  **Иванов (Иванов И.И.)**

Дата: **15.04.2024**

\**Заполняется если налогоплательщик не является пациентом;*

*\*Основание - договор (указывается № договора, от какого числа, сумма оплаты лечения цифрами и прописью, в случае, если налогоплательщик не является пациентом, указывается за кого производилась оплата с указанием Ф.И.О. и родственной связи).*