

**Заявление на выдачу справки для получения
налогового вычета в администрацию ООО
Стоматология «Факел»**

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО Стоматология «Факел»*

ФИО
пациента _____
Дата рождения _____
Паспорт Серия _____ № _____
Дата выдачи _____
Кем выдан _____

ФИО
налогоплательщика _____
Дата рождения _____
Паспорт Серия _____ № _____
Дата выдачи _____
Кем выдан _____

Отчетный период _____

ИНН _____

Телефон _____

ФИО _____

Подпись _____ Дата _____

*Сведения предоставляются в течении **30 дней** со дня подачи заявления

(Приказ ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@)