

Заявление на выдачу справки для получения налогового вычета в  
АО "Стоматологическая поликлиника №1"

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для  
предоставления в налоговые органы российской Федерации на оказанные услуги в АО  
"Стоматологическая поликлиника №1"

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 08.11.2023 г. № ЕА-7-11/824@)