

Генеральному директору  
ООО «Стоматологическая клиника «РОДЕН»  
М.Н.Колосовой

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Г.р.

ИНН \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ (дата выдачи)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Проживающего(ей) по адресу:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги за 2024 год в ООО «Стоматологическая клиника «РОДЕН» в отношении следующего **физического лица**:

**ФИО** \_\_\_\_\_

**ИНН**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Дата рождения** \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

**Сведения о документе, удостоверяющем личность:**

**Паспорт серия** \_\_\_\_\_ **номер** \_\_\_\_\_ **дата выдачи** \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Прилагаю следующие документы (копии):

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)