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 **мне** медицинские услуги за 202___ , _____,_____, год в ООО « Стоматологическая клиника « РОДЕН»

Прилагаю следующие документы (копии):

1._____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____
(подпись) (дата)