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 202____, _____, _____, 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)