

Главному врачу
ГАУЗ «РКНД МЗ РТ»
Уткельбаеву Р.И.

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 ГАУЗ «РКНД МЗ РТ».

Прилагаю следующие документы (копии):

1. Договор на оказание платных услуг;
2. Платежные документы за 2024 год (чек об оплате);
3. ИНН плательщика и ИНН пациента

(подпись)

(дата)