

Директору ООО «БЕСТ КЛИНИК»
М.А. Швец

от _____

(Ф.И.О. полностью)

Паспорт _____
(серия, номер, кем выдан, код подразделения)

Зарегистрирован (а): _____

ИНН _____

Контактный телефон: _____

Пациент: _____

(Ф.И.О. полностью)

Заявление.

Прошу выдать пакет документов для получения налогового вычета за 20 ____ год, за платные медицинские услуги, оказанные в НУЗ КДЦ «Best clinic»:

1. _____
(Дата оказания услуги, сумма)

2. _____
(Дата оказания услуги, сумма)

3. _____
(Дата оказания услуги, сумма)

4. _____
(Дата оказания услуги, сумма)

5. _____
(Дата оказания услуги, сумма)

(дата и подпись)

* срок подготовки документов 10 рабочих дней

Ф.И.О. кто принял заявление