

**Заявление на выдачу справки для получения налогового вычета в
ГБУЗ СК «Пятигорская ГKB №2»**

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ГБУЗ СК «Пятигорская ГKB №2»

ФИО

пациента _____

Дата рождения _____

Паспорт Серия _____ № _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

ИНН _____

ФИО

налогоплательщика _____

Дата рождения _____

Паспорт Серия _____ № _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

ИНН _____

(ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ПО ПОЧТЕ/ЭЛ ПОЧТЕ ПРИЛОЖИТЬ СКАН ПАСПОРТА)

Отчетный период _____

Телефон _____

Электронный адрес: _____

Почтовый адрес: _____

Предпочтительная форма получения справки (нужное подчеркнуть)

1. Очно (обязательно для жителей Пятигорска с паспортом)
2. По электронной почте
3. Почтовым отправлением

_____ ФИО

_____ Подпись _____ Дата

*Сведения предоставляются в течении **30 дней** со дня подачи заявления (Приказ ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@)