

В Регистратуру ООО «Л-МЕД.НН»  
ИНН 5257160252/525701001  
Адрес: 603159 г. Нижний Новгород ул. Пролетарская  
д.10А пом.5  
Тел.: 8(831)281-03-03

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в  
налоговые органы**

ФИО  
налогоплательщика \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для получения налогового вычета за  
оказанные медицинские услуги:

меня лично

моего/моей \_\_\_\_\_  
(укажите степень родства с пациентом – жена, муж, сын, дочь и т.д)

за период: \_\_\_\_\_  
(укажите годы, за которые нужно выдать справку)

Сведения о пациенте (заполните, если пациент и заявитель – не одно лицо):

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

Справку прошу выдать на бумажном носителе:

лично мне

доверенному лицу

ФИО доверенного лица \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_