	Генеральному директору ООО «МИБС-Воронеж» Кривошапову Денису Николаевичу
	Гр.
	Гр(ФИО налогоплательщика) проживающего по адресу:
3A	явление
Для целей получения социального налогового вычет	а ПРОШУ:
1. Выдать справку об оплате медицинских услуг для	представления в налоговые органы Российской Федерации
Данные физического лица (его супруга (с	супруги)),оплатившего медицинские услуги (далее -
налогоплательщик): Сведения о документе, удостоверяющем личность:	
(наименование докуме	нта, номер, кем и когда выдан)
	Дата
рождения: ИНН: _	
<u> Данные физического лица, которому оказаны медиц</u> Сведения о документе, удостоверяющем личность:	инские услуги (далее – пациент):
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	нта, номер, кем и когда выдан)
ФИО:	HH:
Степень родства налогоплательщика с пациентом: — супруг (супруга);	
□ родитель – мать, отец;	
ребёнок (в том числе усыновленный) в возра	сте до 18 лет;
подопечный в возрасте до 18 лет;	24
 □ ребёнок (в том числе усыновленный) в возра □ бывший подопечный в возрасте до 24 лет 	сте до 24 лег;
* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	тить нужное)
Ва какой год (годы) нужна справка:	
Контактный телефон*	
	может быть получена лично или путем выдачи доверенному выдачей. Ориентировочный срок готовности справки – 10
2. Направить справку:	
□ по электронной почте:	
□ Почтой России за мой счет по адресу**: инд	декс:, адрес:
** Направление документов Почтой России налогоплательщиком.	осуществляется после оплаты данной услуги
3. Выдать справку доверенному пицу***:	
(ФИО поверен	ного лица полностью)
	влении доверенным лицом документа, удостоверяющего
`	ьщика полностью, подпись)
Дата:	

Справку получил(а).		
Дата	Подпись	ФИО