



АЛЛОРО
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

Общество с ограниченной ответственностью

«АЛЛОРО»

40702810100000049217 ВТБ 24 (ЗАО), к/с 30101810100000000716, БИК 044525716

ИНН 7717790274 КПП 505001001 ОГРН 1147746855233

р/с

141195, Московская область, г. Фрязино, ул. Октябрьская,
д.9 тел. +7 (499) 766-52-96, email info@alloroclinic.ru

Заявление на выдачу справки для получения налогового вычета.

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «АЛЛОРО»

ФИО пациента _____

Дата рождения _____

Степень родства пациенту (себе, мать, отец, сын до 18 лет, дочь до 18 лет, супруг, супруга) нужное подчеркнуть.

ФИО налогоплательщика _____

Дата рождения _____

Паспорт Серия _____ № _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Код подразделения _____

Период оказания услуг _____

ИНН _____

Телефон _____

Выдать справку доверенному лицу (справка выдается при указании доверенного лица в заявлении, при предъявлении доверенным лицом документа, удостоверяющего личность, и доверенности в простой письменной форме):

ФИО доверенного лица:

Комментарии

Срок изготовления справки до 7 календарных дней.

Справка выдается строго при предъявлении паспорта налогоплательщика или паспорта и оригинала доверенности (О представлении интересов в ООО «АЛЛОРО») для доверенного лица.

_____ ФИО

_____ Подпись _____ Дата