В бухгалтерию

СПб ГБУЗ СП № 32

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| от |  | | | | | | | | | | | | |
|  | ФИО налогоплательщика **полностью** | | | | | | | | | | | | |
| ИНН: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Адрес: |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год

(год оказания услуг)

**«V»** – отметить нужное

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | – за мое лечение |  |
|  |  |  |
|  | – за лечение супруга/супруги |  |
|  |  | Фамилия, имя, отчество супруга/супруги **полностью** |
|  | – за лечение сына/дочери |  |
|  |  | Фамилия, имя, отчество сына/дочери **полностью, дата рождения** |
|  |  | Фамилия, имя, отчество сына/дочери **полностью, дата рождения** |
|  |  | Фамилия, имя, отчество сына/дочери **полностью, дата рождения** |
|  | – за лечение матери/отца |  |
|  | | Фамилия, имя, отчество матери/отца **полностью** |
|  | | Фамилия, имя, отчество матери/отца **полностью** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. | Подпись: |  |
|  | число |  | месяц |  | год |  |  |  |

Дата выдачи справки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется бухгалтерией)

**СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 32»**

Справка будет готова \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, получить можно в каб.101 (бухгалтерия), при личном посещении заявителя или доверенного лица с 9.30 до 17.30, а также в любой **вторник или четверг** после указанной даты **с 9.30 до 17.30**.