Генеральному директору   
  
ООО «Эдельвейс «Диай Клиник» (Атмосфера Историй), ул. Депутатская, 53.  
  
ООО «Кристалл» (Атмосфера Историй), ул. Боткина 7/2.

**(нужный филиал подеркнуть)**

Золотухиной З.В.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу предоставить мне документы для налогового вычета за 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год(а).

Пациент (ФИО полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Налогоплательщиком прошу обозначить (ФИО полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(***мать/отец/сын/дочь/супруг****, заполняется в том случае, если документы необходимо подготовить на одного из указанных членов вашей семьи*)

Данные налогоплательщика:

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Серия и номер паспорта: ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ИНН Налогоплательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка подписи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Выдать документы можно*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\* Уважаемые пациенты, напоминаем вам, что налогоплательщикам может являться только ваш супруг или ближайший родственник (налоговый орган может запросить данные о вашем родстве). Так же напоминаем, что налоговый вычет можно получить только за последние три года.*

*\*\* В пакет предоставленных документов будет входить: заверенная копия лицензии; заверенная копия договора на оказание платных медицинских услуг; и справка для налогового органа с указанием оплаченной суммы.*