



ООО «Центр Стоматологической Имплантологии» (ООО «ЦСИ»)
Юр. Адрес: 107078, Москва, ул. Садовая-Спаская, дом 19
ИНН 9729287823 КПП 773645001 тел (495) 930-22-56, 930-49-20
сайт <https://www.impl.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 «Центр стоматологической имплантологии»

ФИО

пациента _____

Дата рождения пациента « _____ » _____ г.

Паспорт пациента _____ « _____ » _____ г.
серия номер дата выдачи

ИНН пациента _____

ФИО налогоплательщика

(кто оплачивал мед услуги) _____

Дата рождения налогоплательщика « _____ » _____ г.

Паспорт налогоплательщика _____ « _____ » _____ г.
серия номер дата выдачи

ИНН

налогоплательщика _____

Степень родства налогоплательщика (если это не сам пациент) – мать, отец, сын до 18 лет, дочь до 18 лет, супруг, супруга – подчеркнуть нужное.

За какой период нужна справка _____

Контактный телефон _____

Выдать справку доверенному лицу (справка выдается только в случае, если доверенное лицо подписано в заявлении и при предъявлении доверенным лицом документа, удостоверяющего личность).

ФИО доверенного лица _____

Способ получения справки (эл. почта, почта России*, лично в учреждении) _____

Комментарии _____

Заполненное и подписанное заявление вы можете передать любым способом:

- Принести бумажную версию в клинику
- Отправить скан заполненного заявления на почту spravka_impl@mail.ru, на почту любого филиала клиник <https://www.impl.ru/contacts/>

Срок изготовления справки 30 календарных дней.

Подпись _____

Дата « _____ » _____ 20__ г.