**ФОРМА**

ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ДОКУМЕНТОВ И СВЕДЕНИЙ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ НАЛОГОВОГО ВЫЧЕТА

Руководителю Клиники

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Руководителя

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Заявителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Между мною и Клиникой заключён договор об оказании платных стоматологических услуг. В соответствии с вышеназванным Договором, прошу предоставить:

1. Справку об оказанных медицинских услугах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в 202\_\_ году.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Уважаемые пациенты напоминаем вам, что налоговый вычет за оказанные платные медицинские услуги составляет 13% от всей уплаченной суммы (при уплаченной сумме в размере 650 рублей, размер налогового вычета составит 84 рубля 50 копеек).**

**Справка выдается на сумму, уплаченную физическим лицом в клинике.**

**Средства гигиены не входят в сумму лечения.**

**Медицинские услуги делятся на две категории:**

**1. код 0.1 недорогостоящие лечение**

**2. код 0.2 дорогостоящие лечение (например, имплантация)**

**При получении справки необходимо иметь с собой паспорт.**