

Гл. врачу ООО «ТПО «Оптика Перспектива» Павловой Т. С.

От _____
(Ф.И.О. пациента, законного представителя, доверенного лица полностью)

Заявление

(на получение документов возврата НДС/Л за лечение ребенка)

Я, _____
(Ф. И. О., дата рождения)

Паспорт _____
(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

Проживающий(ая) по адресу _____

Телефон _____

Являясь законным представителем _____
(Ф. И. О., дата рождения)

Прошу подготовить, выдать на руки или выслать документы, для получения социального
налогового вычета за лечение
(не нужное зачеркнуть)

(Ф. И. О.)

За период с _____ по _____

По указанному адресу: _____

ИНН налогоплательщика _____

Приложение:

- Ксерокопия паспорта 2,3 страницы;
- Ксерокопия ИНН.

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)