

Главному врачу  
ОГБУЗ «Облнаркодиспансер»  
Е.Г.Траценко  
от \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.  
ИНН \_\_\_\_\_

При заполнении ИНН данные паспорта не  
заполняются

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

Тел. \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в  
налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета  
по НДФЛ за оказанные медицинские услуги за \_\_\_\_\_ год в ОГБУЗ «Облнаркодиспансер»  
в отношении следующего **физического лица**:

**ФИО**  
(полностью) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ИНН**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

При заполнении ИНН сведения о документе, удостоверяющем личность не  
заполняются

**Сведения о документе, удостоверяющем личность:**

Вид документа \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

Прилагаю следующие документы (копии):

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)