

Директору филиала «Мединцентр»  
С.А.ГУСАРЕНКО

от пациента \_\_\_\_\_

№ а/к \_\_\_\_\_

\*налогоплательщик \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии со Статьей 219 части 2 Налогового кодекса России и с целью получения социального налогового вычета прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ по форме, утвержденной Приказом Минздрава и МНС России от 25 июля 2001г. №289/БГ-3-04/256, за \_\_\_\_\_ год.

Копии справок об оплате в количестве \_\_\_\_\_ штук прилагаю.

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
дата

Конт.тел: +7 (499) 237-66-05  
Руснак Зинаида Викторовна  
[rusnak@medin.ru](mailto:rusnak@medin.ru)