**И.О. ГЛАВНОМУ ВРАЧУ**

**ГАУЗ «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ**

**ПОЛИКЛИНИКА №3 ДЗМ»**

**МОГУЧЕВОЙ Л.В.**

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

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

**ФИО Заявителя**

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

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

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ДОКУМЕНТОВ И СВЕДЕНИЙ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ НАЛОГОВОГО ВЫЧЕТА**

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

1. Справку об оказанных медицинских услугах в 202\_\_ году.
2. ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Родственная связь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Уважаемые пациенты напоминаем вам, что налоговый вычет за оказанные платные медицинские услуги составляет 13% от всей уплаченной суммы.**

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

**Медицинские услуги делятся на две категории:**

**1. код 0.1 недорогостоящие лечение**

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