

ООО "Норма"

190103, г. Санкт-Петербург, набережная Реки Фонтанки, 150а-58 ИНН/КПП 7839096987/783901001
Ф-л "Северо-Западный" ПАО Банк "ФК Открытие";
БИК 044525411 р/с 40702810225620001927 к/с 3010181014525000041
тел 8 (800) 511- 4450

Главному врачу
ООО «Норма», МЦ
«Нормокард»
Шмулевич С.А.

от _____
ФИО налогоплательщика/пациента

тел. +7 _____

E-mail: _____

Заявление

Прошу предоставить Справку об оплате оказанных медицинских услуг для получения
социального налогового вычета на лечение
за (период, год) _____ 202__ год

Налогоплательщик/пациент (Ф.И.О., дата рождения): _____

Пациент (Ф.И.О., степень родства, дата рождения) _____

Все необходимые документы прилагаю:

ИНН налогоплательщика:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ИНН пациента:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Копия 1-ой стр. паспорта.

Копия свидетельства о рождении пациента

Срок рассмотрения заявления с 01.01.2025г - 30 дней.

Документы и заявление принял _____
ФИО подпись

_____ 2025__г