

Руководителю АО "ДП Литфонда"  
от налогоплательщика (**лицо, которое  
будет предоставлять документы для  
вычета в ИФНС**)

ИНН:

телефон:

номер карты ребенка:

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в ИФНС РФ за \_\_\_\_\_ год, оказанные моему ребенку:

1. \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ребенка, дата рождения

2. \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ребенка, дата рождения

3. \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ребенка, дата рождения

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)