

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)