

**Форма обращения для получения справки  
об оплате медицинских услуг в автономном учреждении здравоохранения Воронежской  
области  
«Воронежская областная клиническая стоматологическая поликлиника»**

Главному врачу АУЗ ВО «ВОКСП»  
Покидько О.А.

От \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя отчество налогоплательщика)

№ телефона налогоплательщика \_\_\_\_\_

Прошу выдать Справку для представления в налоговые органы с целью получения социального  
налогового вычета о стоимости оплаченных мною медицинских услуг  
за \_\_\_\_\_ год

ФИО налогоплательщика	ФИО пациента / степень родства	Номер и дата наряда	Сумма наряда
		<b>ВСЕ ДОКУМЕНТЫ ОБ ОПЛАТЕ</b>	
		<b>ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ:</b>	

Прошу направить скан-копию Справки по электронной почте (при необходимости) на следующий  
электронный адрес: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Я предупрежден, принимаю на себя риски и даю своё согласие, на пересылку запрашиваемой мною  
информации, содержащей мои персональные данные на указанный мной электронный почтовый  
ящик, относящейся к незащищённым каналам связи.

Дата \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ *подпись*

СПРАВКА № \_\_\_\_\_