

Генеральному директору  
Общества с ограниченной ответственностью «Три-З»  
(сокращенное наименование – ООО «Три-З»)  
(ИНН 2308092939/ОГРН 1032304158193)  
Лауниц Надежде Михайловне

От Иванов  
(Фамилия)

Иван  
(Имя)

Иванович  
(Отчество)

01.01.1950  
(Дата рождения)

0000 000000  
(Серия, номер паспорта)

ОУФМС России по Московской области гор.Москва  
(Кем выдан)

01.01.2000 г./КП 000 - 000  
(Дата выдачи/КП)

8-000-000-00-00  
(Контактная информация)

000000000000  
(ИНН)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**на выдачу Справки об оплате медицинских услуг**  
**для представления в налоговый орган**

1. Я, Иванов Иван Иванович  
(фамилия, имя, отчество Заявителя-налогоплательщика полностью)  
прошу выдать мне «Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган» для получения налогового вычета по медицинским услугам, оказанным мне в ООО «Три-З» в 2024г., которые были оплачены мной в размере \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей.

2. Подписью настоящего Заявления мной подтверждается согласие на обработку и передачу ООО «Три-З» (ИНН 2308092939) моих персональных данных, а также сведений о факте моего обращения за получением медицинской помощи в Федеральную налоговую службу Российской Федерации (ФНС РФ) и ее территориальные подразделения в целях содействия исполнению моего поручения.

Заявитель-налогоплательщик Иванов И. И / Ииии  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

«01» января 2025г.  
(дата подачи Заявления)