

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ФИО, дата рождения

\_\_\_\_\_  
Контактный номер телефона

### Заявление

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в  
налоговые органы с целью получения социального налогового вычета.

Оплата была произведена мной за медицинские услуги, оказанные \_\_\_\_\_ ФГБОУ  
указать дату /период оказания услуг

ВО «ПИМУ» Минздрава России:

о мне лично

о моему супругу (супруге) \_\_\_\_\_  
ФИО, дата рождения

о моей матери (отцу) \_\_\_\_\_  
ФИО, дата рождения

о моему ребенку (детям),  
подопечному в возрасте до 18 лет \_\_\_\_\_  
ФИО, дата рождения

Способ выдачи справки:

лично заявителю по месту нахождения лечебного учреждения (подчеркнуть нужное):

- г.Нижний Новгород, ул.Минина, 20а

- г.Нижний Новгород, ул.Верхне-Волжская, 18/1

направить заказным письмом с уведомлением о вручении по адресу:

индекс: \_\_\_\_\_

область (район, край): \_\_\_\_\_

город: \_\_\_\_\_

улица: \_\_\_\_\_

дом: \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

выдать доверенному лицу:

ФИО доверенного лица: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

**Справка выдается только в том случае, если доверенное лицо указано в заявлении при  
предъявлении документа, удостоверяющего личность.**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись Заявителя ФИО Заявителя

Заявление принял « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись ФИО