В ИФНС России № 16 г. Москва

От Петровой О.П.,

Зарегистрированной по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Заявление***

Прошу подтвердить мое право на социальный налоговый вычет по доходам 2016 года на сумму 49920 рублей, израсходованных мной в 2016 году на мое лечение, и выдать мне соответствующее уведомление для предоставления его по месту работу в ООО «Континент», ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Прилагаю следующие копии документов:

1. Копия договора со стоматологической клиникой
2. Справка об оплате медуслуг

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Петрова О.П.