

Заявление

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО "33 зуба"

От _____

Телефон контактный _____

Фамилия Имя Отчество налогоплательщика	
Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ИНН	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Налоговый период (год)	
Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам: (отметить нужное V)	
<input type="checkbox"/> супругу (супруге) <input type="checkbox"/> родителям <input type="checkbox"/> детям	
Фамилия Имя Отчество	
Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ИНН	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> обучается по очной форме обучения, в возрасте до 24 лет (при оплате за детей)	
Прошу выдать справку следующим способом (отметить нужное V):	
<input type="checkbox"/> на бумажном носителе <input type="checkbox"/> отправить на электронную почту	
E-mail _____	
<input type="checkbox"/> Согласен(а) на обработку персональных данных	

Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия.

Дата _____

Подпись _____

Заявление получено _____ дата _____ подпись _____ Фамилия И.О. _____