Заявление

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

От _____

Телефон конт. _____

Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	
ИНН	
Дата рождения	. .
При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются.	
Документ удостоверяющий личность	Вид документа Серия Номер Дата выдачи . .
Налоговый период (год)	
Медицинские услуги оказаны: ☐ **мне** ☐ **супруге (у)** ☐ **сыну (дочери)** ☐ **матери (отцу)**	
Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА	
ИНН	
Дата рождения	. .
При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются.	
Документ удостоверяющий личность	Вид документа Серия Номер Дата выдачи . .
☐ **Копию договора** (при оказании медуслуг до 01.01.2024)	
☐ **Обучается по очной форме обучения** (до 24 лет) (при оказании медуслуг после 01.01.2022)	
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании медуслуг после 01.01.2024) Год 2024 Сумма расходов на оказанные мед. услуги _____ руб.	
☐ **Согласен(а) на обработку персональных данных**	
Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данных лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия.	
Дата _____ Подпись _____	

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

Справка получена _____ _____ _____
дата подпись Фамилия И.О.