

ЗАЯВЛЕНИЕ

На выдачу справки об оплате оказанных медицинских услуг

Прошу вас предоставить мне справку об оплате оказанных медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ

Налоговый период _____

От (ФИО) _____

Контактный телефон _____

Данные физического лица (Налогоплательщик):

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

ИНН _____

Дата рождения налогоплательщика _____

Документ, удостоверяющий личность: вид документа _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (Пациент):

Нужное подчеркнуть мать/отец муж/жена сын/дочь (заполняется, если налогоплательщик и пациент разные физические лица)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

ИНН _____

Дата рождения(пациента) _____

Документ, удостоверяющий личность _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

На обработку персональных данных согласен _____ -Подпись _____ ФИО _____

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

Форма получения справки(нужное выбрать)	1. В бухгалтерии на бумажном носителе учреждения лично	
	2. В электронной форме Учреждение отправляет сведения в налоговый орган(указать какой)	3. Скан-копия на электронную почту(адрес электронной почты)