

ЗАЯВЛЕНИЕ

Обязательно к заполнению заявителем

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации за медицинские услуги, оказанные в ООО «МК Н.Березиной»

От _____

Телефон _____

НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК _____
(фамилия, имя, отчество разборчиво)

ИНН _____

Дата рождения ____ . ____ . ____

Документ, удостоверяющий личность. *Заполнить, если не указан ИНН.
Вид документа _____
Серия ____ Номер _____
Дата выдачи ____ . ____ . ____

Налоговый период (год) ____

Медицинские услуги оказаны _____ мне _____ супругу/супруге _____ матери/отцу _____ сыну/дочери

ПАЦИЕНТ
Заполнить, если налогоплательщик и клиент не являются одним лицом

(фамилия, имя, отчество разборчиво)

ИНН _____

Дата рождения ____ . ____ . ____

Документ, удостоверяющий личность. *Заполнить, если не указан ИНН.
Вид документа _____
Серия ____ Номер _____
Дата выдачи ____ . ____ . ____

Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании медуслуг после 01.01.2024г)
За _____ год Сумма расходов на оказанные медуслуги _____ руб

☐ Согласен (а) на обработку персональных данных

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

Дата _____ Подпись _____

Заявление принято _____ дата _____ подпись _____ Ф.И.О. _____

Способ получения Справки:
☐ получу лично на бумажном носителе
☐ отправить на электронную почту _____
☐ отправить в ИФНС

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

Срок изготовления справки до 30 дней с момента подачи заявления