

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в Общество с ограниченной ответственностью «Медицинская территориальная клиника «Микрохирургия глаза». (*- обязательно к заполнению)

*От _____

Фамилия, Имя, Отчество

*Тел.контактный _____ E-mail _____

* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика																								
*ИНН	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
Дата рождения налогоплательщика	____ . ____ . ____																							
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » ____ . ____ год																							
*Налоговый период/год																								
Медицинские услуги оказаны	мне, _____ супруге (у) _____ сыну (дочери), _____ матери (отцу)																							
*Фамилия Имя Отчество пациента																								
*ИНН	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
Дата рождения пациента	____ . ____ . ____																							
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » ____ . ____ год																							
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024 г.) ГОД _____ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.																								
*На обработку персональных данных согласен (а) ☐																								
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные 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.