

## Заявление

Прошу предоставить мне справку, об оплате медицинских услуг, для предоставления в **налоговые органы** Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в (\*- обязательно к заполнению)

\*От \_\_\_\_\_  
Фамилия, Имя, Отчество

\*Тел. контактный \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

<b>* Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА</b>																							
<b>*ИНН</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></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)																						
<b>*Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА</b>																							
<b>*ИНН</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></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) <input type="checkbox"/>																							
<b>Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.</b>																							
Дата _____ Подпись _____																							

Заявление получено

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Фамилия И.О. \_\_\_\_\_

Справка получена

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Фамилия И.О. \_\_\_\_\_