

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в ООО «Ортопедический салон « ПОСТУПЬ».

От _____

Телефон конт. _____

ФИО НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	_____ _____ _____
ИНН	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Дата рождения	« ____ » _____ Г.
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 (нужное подчеркнуть): мне, супругу(е), сыну, дочери, матери, отцу	
ФИО ПАЦИЕНТА (если налогоплательщик и пациент разные лица)	_____ _____
ИНН	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Дата рождения	« ____ » _____ Г.
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 _____
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании мед.услуг после 01.01.2024 г.) год <u>2024</u> . Сумма расходов на оказанные мед.услуги _____ руб	
V	Согласен 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 _____ 202 г	Подпись _____

Справка получена _____
ДАТА ПОДПИСЬ ФИО