

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги за _____ г

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 _____ 2024 г | Подпись _____ |

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги за _____ г

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 _____ 2024 г | Подпись _____ |

Справка получена _____
ДАТА
подпись
ФИО

Справка получена _____
ДАТА
подпись
ФИО