

Заявление

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

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 _____ 2025 г						Подпись _____						

Справка получена _____
ДАТА ПОДПИСЬ ФИО