

# Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в АО «Санаторий Лаба». (\*- обязательно к заполнению)

\*От \_\_\_\_\_

Фамилия, Имя, Отчество

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

* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика													
*ИНН	<table border="1"><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 border="1"><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) <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. \_\_\_\_\_