

Заявление

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

*От _____

Фамилия, Имя, Отчество

*Тел. контактный _____ E-mail _____

* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика													
*ИНН	<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)												
*Фамилия Имя Отчество пациента													
*ИНН	<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 style="width: 50px; height: 20px;" type="checkbox"/>													
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.													
Дата _____ Подпись _____													

Заявление получено

_____ Дата _____ подпись _____ Фамилия И.О. _____

Справка получена

_____ Дата _____ подпись _____ Фамилия И.О. _____