Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в ООО ПЦ «Будь здоров!».

От _____

Контактный телефон _____

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 _____
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**