Заявление

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Космедент.РУ»

\*От

\*Контактный телефон

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \*Фамилия, Имя, Отчество налогоплательщика | | |  | |
| \*ИНН налогоплательщика | | |  | |
| \*Дата рождения налогоплательщика | | |  | |
| Документ, удостоверяющий личность налогоплательщика  ***(требуется в случае, если не указан ИНН налогоплательщика)*** | | | Вид документа  Серия Номер  Дата выдачи « » год | |
| \*Налоговый период/год | | |  | |
| \*Медицинские услуги оказаны  (нужное подчеркнуть) | | | мне, супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу) | |
| \*Фамилия, Имя, Отчество пациента | | |  | |
| \*Дата рождения пациента | | |  | |
| \*ИНН пациента | | |  | |
| \*Документ, удостоверяющий личность пациента ***(требуется в случае, если не указан ИНН пациента)*** | | | Вид документа  Серия Номер  Дата выдачи « » год | |
| Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании услуг после 01.01.2024 г.)  Сумма расходов на оказанные медицинские услуги руб. | | | | |
| \*На обработку персональных  данных согласен(а) |  |  | |  |
| Поставить галочку | | | |
| **Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанных 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.