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 персональныхданных 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.