ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ
об оплате медицинских услуг в ООО «БЕРЕГИНЯ»
для представления в налоговый орган
(начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024 года)

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг в _____ году для представления в налоговый орган.

Сообщаю следующие данные:
Данные ПАЦИЕНТА:
Фамилия _____
Имя_____
Отчество _____
Дата рождения _____

ИНН _____

серия и номер паспорта_____ дата выдачи_____

Пациент и налогоплательщик является одним лицом 0 - нет
1 - да

Если НЕТ, то

Данные НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (его супруга/супруги, сына/дочери, матери/отца):

Фамилия_ _____
Имя_____
Отчество _____
Дата рождения _____

ИНН _____

серия и номер паспорта_____ дата выдачи _____

Сумма расходов за оказанные медицинские услуги _____ (при наличии данной информации или согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки).

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении, подтверждаю:

_____ / _____/[1]
Подпись ФИО

«_____» _____202___г. тел. +7 (_____) _____

[1] подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия