

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Альфскрин» ИНН 7100022554. (*- обязательно к заполнению)

*От _____
Фамилия, Имя ,Отчество
*Тел.контактный _____ E-mail _____

* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика										
*ИНН	<input type="text"/>									
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	<input type="text"/>									
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 type="checkbox"/> Да/нет										
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. _____