

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Альфскрин» ИНН 7107104502. (*- обязательно к заполнению)

*От _____

Фамилия, Имя, Отчество

*Тел.контактный _____ E-mail _____

* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика													
*ИНН	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
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	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
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) ☐ 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.