ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО "Клиника Эликс"

От_____

Телефон контактный_____E-mail_____

Фамилия Имя Отчество налогоплательщика	
ИНН	
Дата рождения	. .
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия Номер Дата выдачи . .
Налоговый период (год)	
Медицинские услуги оказаны: ☐ мне ☐ супруге (у) ☐ сыну (дочери) ☐ матери (отцу)	
Фамилия Имя Отчество пациента	
ИНН	
Дата рождения	. .
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия Номер Дата выдачи . .
Копия договора (при оказании медицинских услуг до 01.01.2024г) ☐	

Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024г).

Год_____

Сумма расходов на оказанные медицинские услуги_____руб.

На обработку персональных данных согласен (а) ☐

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.