

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

ПРОСЬБА ОТПРАВИТЬ СПРАВКУ В ОТСКАНИРОВАННОМ ВИДЕ НА ЭЛЕКТРОННЫЙ АДРЕС _____

ЗАЯВИТЕЛЬ _____

Телефон _____

Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА полностью	_____																							
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	<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>																							
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____																							
	Серия								Номер															
	Дата выдачи																							
Налоговый период (год)																								
Медицинские услуги оказаны: <table><tr><td></td><td>мне</td><td></td><td>супруге (у)</td><td></td><td>сыну (дочери)</td><td></td><td>матери (отцу)</td></tr></table>														мне		супруге (у)		сыну (дочери)		матери (отцу)				
	мне		супруге (у)		сыну (дочери)		матери (отцу)																	
Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА полностью	_____																							
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	<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>																							
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____																							
	Серия								Номер															
	Дата выдачи																							
Обучается по очной форме обучения (до 24 лет) (при оказании мед. услуг после 01.01.2022) <table><tr><td></td></tr></table>																								
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании мед. услуг после 01.01.2024) Год _____ Сумма расходов на оказанные мед. услуги _____ руб.																								
<table><tr><td></td></tr></table> Согласен (Согласна) на обработку персональных данных _____ подпись																								
Подписывая настоящее заявление, Я подтверждаю, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении, Я предоставляю с их добровольного согласия.																								
За указанный налоговый период(год) в ЛПУ "Бальнеогрязелечебница" ранее справку получал <table><tr><td></td></tr></table>																								
Дата _____ Подпись _____																								

Заявление получено	_____	_____	_____
	дата	подпись	Фамилия И.О.
Справка получена	_____	_____	_____
	дата	подпись	Фамилия И.О.