**Заявление**

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

\*От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

\*Тел.контактный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*Фамилия Имя Отчество налогоплательщика |  | | | | | | | | | | | | | |
| \*ИНН |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения налогоплательщика | \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_г. | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата рождения пациента | \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_г. | | | | | | | | | | | | | |
| 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 01.01.2024г.) | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |