Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в ООО «Компания Фагот».

От _____

Телефон конт. _____ E-mail _____

ФИО НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	_____ _____												
ИНН													
Дата рождения	«_____» _____ _____ **г.**												
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____												
Налоговый период (год)													
Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть): мне, супругу(е), сыну, дочери, матери, отцу													
ФИО ПАЦИЕНТА (Заполняем если налогоплательщик и пациент разные лица)	_____ _____												
ИНН													
Дата рождения	«_____» _____ _____ **г.**												
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____												
Сумма расходов на оказанные мед.услуги_____ руб.													
V	**Согласен на обработку персональных данных**												
Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия													
Дата _____ 202_ г	Подпись _____												

<u>Обращаем ваше внимание на то, что необходимо заполнить ВСЕ строки заявления. Частично заполненные заявления к обработке не принимаются.</u>

Срок изготовления справки до 30 календарных дней с даты подачи заявления.

Заявление получено _____ _____ _____

ДАТА ПОДПИСЬ ФИО

Справка получена _____ _____ _____

ДАТА ПОДПИСЬ ФИО