

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Умная клиника»

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: <input type="checkbox"/> мне <input type="checkbox"/> супруге (у) <input type="checkbox"/> сыну (дочери) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/>	
Обучается по очной форме обучения (до 24 лет) (при оказании медицинских услуг до 01.01.2022г) <input type="checkbox"/>	
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) <input type="checkbox"/>	
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.