

Заявление

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

От _____

Телефон конт. _____

Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	_____																						
ИНН	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>																						
Дата рождения	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>																						
При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются.																							
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr></table> Номер <table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"><tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr></table> Дата выдачи <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>																						
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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>																						
Дата рождения	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>																						
При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются.																							
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr></table> Номер <table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"><tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr></table> Дата выдачи <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>																						
<input type="checkbox"/> Копию договора (при оказании медуслуг до 01.01.2024)																							
<input type="checkbox"/> Обучается по очной форме обучения (до 24 лет) (при оказании медуслуг после 01.01.2022)																							
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании медуслуг после 01.01.2024) Год <u>2024</u> Сумма расходов на оказанные мед. услуги _____ руб.																							
<input type="checkbox"/> Согласен(а) 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 _____	Подпись _____																						

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

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