Заявление

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

(*- обязательно к заполнению)

*От _____

Фамилия, Имя ,Отчество

*Тел.контактный_____E-mail_____

* **Фамилия Имя Отчество налогоплательщика**	
***ИНН**	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Дата рождения налогоплательщика	____ ____ . ____ ___ . _____ _____ ____ _____
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	____ ____ . ____ ___ . _____ _____ ____ _____
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 01.01.2024 г.) 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_____	

☐ Прошу направить данную справку в налоговые органы Российской Федерации.

Заявление получено _____ _____ _____

Дата подпись Фамилия И.О.

Справка получена _____ _____ _____

Дата подпись Фамилия И.О.