

Заявление

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

(* - обязательно к заполнению)

*От _____
Фамилия, Имя, Отчество

*Тел.контактный _____ E-mail _____

* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика	
* ИНН	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Дата рождения налогоплательщика	<input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>
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	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Дата рождения пациента	<input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>
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) <input style="width: 50px; height: 20px;" 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. _____