

БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ

Кому

(должность)

(наименование организации)

(ФИО)

От

(фамилия, имя, отчество полностью)

Заявление

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

Фамилия Имя Отчество налогоплательщика	
ИНН	
Дата рождения	
Документ, удостоверяющий личность*	(наименование документа, удостоверяющего личность) Серия, номер Дата выдачи
Налоговый период (год)	
Медицинские услуги оказаны: ☐ мне ☐ супруге (у) ☐ сыну (дочери) ☐ матери (отцу)	
Заполняется, если пациент не совпадает с налогоплательщиком:	
Фамилия Имя Отчество пациента	
ИНН	
Дата рождения	
Документ, удостоверяющий личность*	(наименование документа, удостоверяющего личность)

БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ

	Серия, номер <table border="1" data-bbox="794 170 1390 228"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Дата выдачи <table border="1" data-bbox="762 264 869 322"><tr><td></td><td></td></tr></table> <table border="1" data-bbox="922 264 1029 322"><tr><td></td><td></td></tr></table> <table border="1" data-bbox="1082 264 1295 322"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
Обучается по очной форме обучения (до 24 лет) <input data-bbox="778 360 817 405" type="checkbox"/> (при оказании медицинских услуг до 01.01.2022 г.)																									
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 _____																									
На обработку персональных данных согласен (а) <input data-bbox="813 745 871 784" type="checkbox"/>																									
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.																									
Дата _____ Подпись _____																									

* Примечание: Информация обязательна к заполнению при отсутствии ИНН.