

Директору ООО «Здоровый ребенок»  
Назаровой О.А.

(ФИО полностью)

Тел. \_\_\_\_\_

### Заявление

на выдачу справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ! Частично заполненные заявления к обработке не принимаются**

Данные физического лица, оплатившего медицинские услуги (далее – **налогоплательщика**):

Налоговый период (год)																		
Фамилия																		
Имя																		
Отчество																		
Дата рождения																		
ИНН																		

**Сведения о документе, удостоверяющем личность налогоплательщика:**

Вид документа (Паспорт РФ, Вид на жительство в РФ, Паспорт иностранного гражданина и т.п.)																		
Серия и номер																		
Дата выдачи																		

**Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (пациент)\*.**

\*Заполняется в случае, если налогоплательщик и пациент не является одним лицом.

Фамилия																		
Имя																		
Отчество																		
Дата рождения																		
ИНН (при наличии)																		

**Сведения о документе, удостоверяющем личность пациента:**

Вид документа (паспорт РФ, свидетельство о рождении и т.д.)																		
Серия и номер																		
Дата выдачи																		

Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия

Дата \_\_\_\_\_ 2026 г

Подпись \_\_\_\_\_

Документы принял: (Должность, Ф.И.О., дата) \_\_\_\_\_