

(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																

СООБЩИТЕ АДМИНИСТРАТОРУ/ОПЕРАТОРУ НЕОБХОДИМЫЙ ВАМ СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ СПРАВКИ!!!**Заполняется администратором/оператором клиники**

Способ получения (отметить):

- ЭЛЕКТРОННО в ФНС путем электронного документооборота (в личный кабинет налогоплательщика).
- НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ при личном визите в медицинский центр.

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

Дата _____ 20__ г

Подпись _____