

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в ООО «АРМАКОМ».

От _____

Телефон конт. _____

ФИО НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	_____										
ИНН											
Дата рождения	« » _____ Г.										
При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются											
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____										
Налоговый период (год)	_____										
Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть): мне, супругу(е), сыну, дочери, матери, отцу											
ФИО ПАЦИЕНТА (если налогоплательщик и пациент разные лица)	_____										
ИНН											
Дата рождения	« » _____ Г.										
При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются											
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____										
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании мед.услуг после 01.01.2024 г.) год <u>2024</u> . Сумма расходов на оказанные мед.услуги _____ руб											
V	Согласен на обработку персональных данных										
Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия											
Дата _____ 2024 г						Подпись _____					

Срок изготовления справки до 30 календарных дней с даты подачи заявления

Справка получена _____

Предпочтительная форма получения Справки: 1. Очно в регистратуре клиники 2. Почтовым отправлением по адресу:

Индекс _____ Адрес _____