Заявление

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

**От**

**Телефон конт.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дата рождения** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  | **.** |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Документ**  **удостоверяющий личность** | | Вид документа | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Серия | | |  | |  | |  | |  | | Номер | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Дата выдачи | | | | |  | |  | | **.** | |  | |  | | **.** | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Налоговый период (год)** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Медицинские услуги оказаны:** | | |  | **мне** | |  |  | **супруге (у)** | | | |  |  |  | **сыну (дочери)** | | | | |  |  |  | **матери (отцу)** | | | | |  |
| **Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дата рождения** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  | **.** |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Год | 2024 |  | Сумма расходов на оказанные мед. услуги | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | руб. | |  |  |
| **Согласен(а) на обработку персональных данных** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данных лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Подпись | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Заявление получено Справка получена

дата подпись Фамилия И.О.

дата подпись Фамилия И.О.