

**Заявление на получение справки
об оплате медицинских услуг**

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

Сообщаю следующие данные:

ПАЦИЕНТ

ФИО (полностью) _____
(печатными буквами)

Дата рождения _____

Паспорт серия _____ номер _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК

ФИО (полностью) _____
(печатными буквами)

Дата рождения _____

Паспорт серия _____ номер _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

ИНН _____

Отчетный период _____

Сумма расходов за оказанные медицинские услуги _____ руб.

(при наличии данной информации или согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки).

К заявлению прилагаю следующие документы об оплате: _____

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении, подтверждаю.

На обработку персональных данных согласен(а).

_____ (_____) _____
(подпись) (Фамилия, И.О.)

« _____ » _____ 20 _____ г.

Тел. +7 (_____) _____ - _____ - _____

Электронный адрес _____

Почтовый адрес _____