

**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 \_\_\_\_\_