Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | № мед. Карты \* |
| **ФИО налогоплательщика** |  | | |
| Дата рождения |  | Контактный телефон |  |
| **ИНН** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные | Серия: Номер: Дата выдачи: | | |

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам

(отметить нужное )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **мне** | | | |
|  **моему супругу(е)** | | | |
|  | | | № мед. Карты \* |
| **ФИО,** дата рождения |  | | |
| **ИНН** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные | Серия: Номер: Дата выдачи: | | |
|  **моим родителям** | | | |
|  | | | № мед. Карты \* |
| **ФИО,** дата рождения |  | | |
| **ИНН** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные | Серия: Номер: Дата выдачи: | | |
|  | | | № мед. Карты \* |
| **ФИО,** дата рождения |  | | |
| **ИНН** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные | Серия: Номер: Дата выдачи: | | |
|  **моим детям** | | | |
|  | | | № мед. Карты \* |
| **ФИО** |  | | |
| **Дата рождения** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные\*\* | Серия: Номер: Дата выдачи: | | |
|  | | | № мед. Карты \* |
| **ФИО** |  | | |
| **Дата рождения** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные \*\* | Серия: Номер: Дата выдачи: | | |
|  | | | № мед. Карты \* |
| **ФИО** |  | | |
| **Дата рождения** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные \*\* | Серия: Номер: Дата выдачи: | | |

**Прошу выдать следующим способом**

(отметить нужное )

|  |  |
| --- | --- |
|  **лично мне** | |
|  **направить почтой по адресу** | |
| Адрес (с индексом) |  |
|  **я доверяю получить** | |
| **ФИО доверенного лица** |  |
| Паспортные данные | Серия: Номер: Дата выдачи: |
| **ВНИМАНИЕ!** | |
| v | Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении, вы предоставляете с их добровольного согласия |

« » 20 г. подпись / /

|  |
| --- |
| Заявление принял « » 20 г. / / \* |
| \* - Заполняется администратором клиники |
| \*\* - до 14 лет, данные свидетельства о рождении |