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

|  |  |
| --- | --- |
|  **ФИО** налогоплательщика |  |
|  Дата рождения |  | Конт. телефон |  |
|  **ИНН** |  |
|  **Паспорт** |  Серия: Номер: Дата выдачи: |
| **Налоговый период (год)** |  |

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам

(отметить нужное )

|  |
| --- |
| **мне** |
| **моему супругу (е)** |
| ФИО, дата рождения |  |
|  **Паспорт** |  Серия: Номер: Дата выдачи: |
| **моим родителям** |
| ФИО, дата рождения |  |
|  **Паспорт** |  Серия: Номер: Дата выдачи: |
| ФИО, дата рождения |  |
|  **Паспорт** |  Серия: Номер: Дата выдачи: |
| **моим детям** |
| ФИО, дата рождения |  |
| Свидетельство о рождении/ паспорт |  Серия: Номер: Дата выдачи: |
| ФИО, дата рождения |  |
| Свидетельство о рождении/ паспорт |  Серия: Номер: Дата выдачи: |
| ФИО, дата рождения |  |
| Свидетельство о рождении/ паспорт |  Серия: Номер: Дата выдачи: |

прошу выдать следующим способом

(отметить нужное )

|  |
| --- |
| **лично мне** |
| **направить на электронный адрес** |
| адрес электронный |  |
| **я доверяю получить** |
| ФИО доверенного лица |  |
| паспортные данные доверенного лица | номер кем выдан  дата выдачи  |
| Адрес получения справки  |  **Преображенская, 82/1** **Мопра, 39** |

**ВНИМАНИЕ!**

|  |  |
| --- | --- |
| V | *Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данных третьих лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия.* |

дата подпись

заполняется сотрудником клиники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление принято

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Администратор *Шулятьева Д.С.* подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_