

Внимание! Заявление заполняется печатными буквами, разборчиво, без помарок и исправлений.

Заявление физического лица о выдаче справки,

оплатившего медицинскую услугу за запрашиваемый налоговый период (год)

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган за период (указать год оказания услуг) _____ год, оказанных в ООО "ОЦ "ЭКСИМЕР" в г. Ростове-на-Дону

От налогоплательщика

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения ____ . ____ . ____ ИИН _____

Паспортные данные серия _____ номер _____ дата выдачи ____ . ____ . ____

Контактный телефон + 7 _____

Адрес электронной почты _____

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом ☐

Медицинские услуги оказаны: ☐ супругу(е) ☐ сыну(дочери) ☐ матери(отцу)

Данные о пациенте заполняются если налогоплательщик и пациент **не** являются одним лицом.

Пациент

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

____ . ____ . ____

Дата рождения пациента

ИНН пациента

серия _____ номер _____ дата выдачи ____ . ____ . ____ *

Паспорт пациента / Свидетельство о рождении

Номер и дата договора

_____*

о т _____ 2 0 _____

Номер и дата доп.соглашения

сумма _____ р у б

Номер и дата доп.соглашения

сумма _____ р у б

Номер и дата доп.соглашения

сумма _____ р у б

Номер и дата доп.соглашения

сумма _____ р у б

Номер и дата доп.соглашения

сумма _____ р у б

Номер и дата доп.соглашения

сумма _____ р у б

Способ получения справки:

☐ Отправить сведения в ИФНС в электронном виде

☐ Получить справку в бумажном виде по адресу: г.Ростов-на-Дону, пер.Гвардейский д.4.

☐ Лично ☐ Представитель (супруг/супруга) (ФИО) _____

Согласен на обработку персональных данных _____

Подпись

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем заявлении подтверждаю.

____ . ____ . 2 0 ____ г.

Дата

ФИО

Подпись

Заявление принял _____

ФИО сотрудника

Подпись