

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги.

- ☐ Отправить справку в электронном виде об оплате медицинских услуг в налоговые органы Российской Федерации.

От:	
Телефон:	
Налоговый период (год):	
ФИО Налогоплательщика	
ИНН	
Дата рождения	

Если заполнено поле «ИНН»,

поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела ниже не заполняются.

Вид документа	
Серия Номер	
Дата выдачи	

Медицинские услуги оказаны:

- ☐ мне
☐ супруге(у)
☐ сыну(дочери)
☐ матери(отцу)

ФИО Пациента	
ИНН	
Дата рождения	

Если заполнено поле «ИНН»,

поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела ниже не заполняются.

Вид документа	
Серия Номер	
Дата выдачи	

- ☐ Обучается по очной форме обучения (до 24 лет) (при оказании медуслуг после 01.01.2022)

Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании медуслуг после 01.01.2024) Год ____ Сумма расходов на оказанные мед. услуги ____

- ☒ Согласен(а) на обработку персональных данных.

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

Заявитель:	Дата:	Подпись:	/ _____ /
Заявление получено:	Дата:	Подпись:	/ _____ /
Справка получена:	Дата:	Подпись:	/ _____ /