

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в ГБУЗ «РКВД» (185002, Российская Федерация, Республика Карелия, г.Петрозаводск, ул.Фрунзе, д.10; ОГРН 1031000010018 ИНН 1001028804).

От _____

Телефон конт. _____

ФИО НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА													
ИНН													
Дата рождения		« ____ » _____ г.											
Документ удостоверяющий личность		Вид документа _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____											
Налоговый период (год)													
Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть): мне, супругу(е), сыну, дочери, матери, отцу													
ФИО ПАЦИЕНТА (если налогоплательщик и пациент разные лица)													
ИНН													
Дата рождения		« ____ » _____ г.											
Документ удостоверяющий личность		Вид документа _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____											
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании мед.услуг после 01.01.2024 г.) год <u>2024</u> . Сумма расходов на оказанные мед.услуги _____ руб													
V	Согласен на обработку персональных данных												
Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия													
Дата _____ 20__ г							Подпись _____						

Справка получена _____

ДАТА

ПОДПИСЬ

ФИО

Справка об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ предоставляются в течение **30 дней** со дня подачи заявления (Приказ ФНС России от 08.11.2023 N ЕА-7-11/824@)