

В ООО «Доктор Здоровье»
(указать наименование медицинской организации)

от _____

_____ (указать ФИО заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении справки об оплате медицинских услуг
для представления в налоговый орган РФ

Я, _____,
(ФИО заявителя полностью)

ИНН : _____, дата рождения: _____,

Документ, удостоверяющий личность вид документа:

_____ (указать вид документа: паспорт, временное удостоверение личности гражданина РФ и т.п.)

серия и номер: _____, дата выдачи: _____,

являюсь (выбрать нужное):

- налогоплательщиком и пациентом в одном лице,
 супругом(ой)¹ налогоплательщика, оплатившего медицинские услуги, оказанные ему (налогоплательщику) или пациенту;
 налогоплательщиком, оплатившим медицинские услуги, оказанные пациенту, являющегося мне

(указать, кем является пациент для налогоплательщика (супругом(ой); родителем (мать, отец); ребенком до 18 лет (обучающимся по очной форме обучения - до 24 лет), подопечным в возрасте до 18 лет)

Данные пациента

ФИО пациента (полностью):

ИНН пациента (при наличии):

Дата рождения пациента:

Документ, удостоверяющий личность пациента:
вид документа:

_____ (указать вид документа: паспорт, свидетельство о рождении и т.п.)

серия и номер: _____, дата выдачи: _____.

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган РФ **за**

_____ (указать отчетный год)

следующим способом (выбрать необходимый способ получения Справки):

- лично при обращении в медицинскую организацию;
 направить на электронную почту: _____.

Контактный номер телефона: _____.

« ____ » _____ 202_ г.

(дата подачи заявления)

(подпись)
