

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ГБУЗ «ПОКОД»

От _____

Контактный телефон _____

Фамилия Имя Отчество _____
НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА

ИНН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата рождения

--	--

 .

--	--

 .

--	--	--	--

При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются.

Документ удостоверяющий личность Вид документа _____
Серия

--	--	--	--

 Номер

--	--	--	--	--	--

Дата выдачи

--	--

 .

--	--

 .

--	--	--	--

Налоговый период (год) _____

Медицинские услуги оказаны: мне супруге (у) сыну (дочери) матери (отцу)

Фамилия Имя Отчество _____
ПАЦИЕНТА

ИНН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата рождения

--	--

 .

--	--

 .

--	--	--	--

При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются.

Документ удостоверяющий личность Вид документа _____
Серия

--	--	--	--

 Номер

--	--	--	--	--	--

Дата выдачи

--	--

 .

--	--

 .

--	--	--	--

Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.

Согласен(а) на обработку персональных данных

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

Дата _____ Подпись _____

Справка получена _____ дата _____ подпись _____ Фамилия И.О. _____