ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ
об оплате медицинских услуг в ООО «ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ»
для представления в налоговый орган

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг в _____ году для представления в налоговый орган.

Сообщаю следующие данные:

Данные ПАЦИЕНТА:

Фамилия _____

Имя _____

Отчество_____

Дата рождения _____

ИНН _____

серия и номер паспорта _____ выдан _____

Пациент и налогоплательщик является одним лицом ☐ 0 - нет 1 - да

Если НЕТ, то

Данные НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (его супруга/супруги, сына/дочери, матери/отца):

Фамилия _____

Имя _____

Отчество_____

Дата рождения _____

ИНН _____

серия и номер паспорта _____ выдан _____

Сумма расходов за оказанные медицинские услуги _____
(при наличии данной информации или согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки).

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

_____ подпись _____ ФИО _____

«_____»_____202__г. тел. +7 (____)_____ - ____- _____