

(Фамилия имя отчество, дата рождения, номер телефона, (e-mail)
зарегистрированного по адресу:

Документ удостоверяющий личность:

(серия, номер, дата и кем выдан)

ИНН _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг пациента* на имя налогоплательщика

(ФИО налогоплательщика, дата рождения)
об оплате медицинских услуг ля предоставления в налоговые органы Российской Федерации
2022 год 2025 год
2023 год
2024 год

Мне _____ ФИО полностью, дата рождения

Супруге(у) _____ ФИО полностью, дата рождения

Матери (отцу) _____ ФИО полностью, дата рождения

ФИО полностью, дата рождения

Сыну (дочери) 1. _____ ФИО полностью, дата рождения

2. _____ ФИО полностью, дата рождения

3. _____ ФИО полностью, дата рождения

4. _____ ФИО полностью, дата рождения

_____ ФИО полностью, дата рождения

Обучается по очной форме обучения (до 24 лет) (при оказании медицинских услуг после 01.01.2022)

Согласен (а) на обработку персональных данных _____ (подпись)

Подписывая настоящее заявление Я подтверждаю, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении, Я предоставляю с их добровольного согласия Да НЕТ

За указанный налоговый период (год) ранее справку получал Да НЕТ

Справку выдать следующим образом:

лично Направить по эл.почте (e-mail) Я доверяю получить пациенту, получившему медицинскую услугу

с 2024 года сведения будут направлены напрямую в налоговую инспекцию в электронном виде

Дата _____

Заявление принято

« ____ » _____ 20__ г. _____ (_____)

Справку получил (а)

« ____ » _____ 20__ г. _____ (_____)

* - Выдача справки производится в срок 30 рабочих дней с момента подачи