

Заявление
на выдачу справки об оплате медицинских услуг

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

От _____ Тел. _____

НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК

ФИО _____

Дата рождения _____

ИНН _____

Паспортные данные _____
(серия, номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения)

ОТЧЕТНЫЙ ПЕРИОД (поставить галочку)

2023	
2024 справка на бумажном носителе	
2024 справка электронная (т.е. ПОДАЕТСЯ НАПРЯМУЮ В НАЛОГОВУЮ ИНСПЕКЦИЮ!!!) НЕ на электронную почту	
2025 справка на бумажном носителе	
2025 справка электронная (т.е. ПОДАЕТСЯ НАПРЯМУЮ В НАЛОГОВУЮ ИНСПЕКЦИЮ!!!) НЕ на электронную почту	

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

ПАЦИЕНТ

ФИО _____

Дата рождения _____

ИНН _____

Паспортные данные/свидетельство о рождении _____
(серия, номер, дата выдачи, код подразделения, кем выдан)

На обработку персональных данных согласен(а) _____

Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.

Дата _____ Подпись _____