

Внимание! Заявление заполняется печатными буквами, разборчиво, без помарок и исправлений.

Заявление физического лица о выдаче справки,

оплатившего медицинскую услугу за запрашиваемый налоговый период (год)

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган за период (указать год оказания услуг) _____ год, оказанных в ООО "ОЦ "ЭКСИМЕР" в г. Ростове-на-Дону

От налогоплательщика

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения . . ИИН

Паспортные данные серия номер дата выдачи . .

Контактный телефон + 7

Адрес электронной почты

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом

Медицинские услуги оказаны: супругу(е) сыну(дочери) матери(отцу)

Данные о пациенте заполняются если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.

Пациент

Фамилия

Имя

Отчество

. .

Дата рождения пациента

ИИН пациента

серия номер дата выдачи . . *

Паспорт пациента / Свидетельство о рождении

Номер и дата договора

о т	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	<input type="text"/>
сумма	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	р у б
сумма	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	р у б
сумма	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	р у б
сумма	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	р у б
сумма	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	р у б
сумма	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	р у б

Номер и дата доп.соглашения

Номер и дата доп.соглашения

Номер и дата доп.соглашения

Номер и дата доп.соглашения

Номер и дата доп.соглашения

Номер и дата доп.соглашения

Способ получения справки:

Отправить сведения в ИФНС в электронном виде

Получить справку в бумажном виде по адресу: г.Ростов-на-Дону, пер.Гвардейский д.4.

Лично Представитель (супруг/супруга) (ФИО) _____

Отправить справку на электронную почту

Согласен на обработку персональных данных _____

Подпись

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем заявлении подтверждаю.

. . 20 г.

Дата

ФИО

Подпись

Заявление принял _____

ФИО сотрудника

Подпись