Заявление

Прошу предоставит мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в ООО МЦ «Континент Плюс».

От _____

Телефон конт. _____

ФИО НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	_____ _____
ИНН	| | | | | | | | | | | |
Дата рождения	«____» _____ _____ г.
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 (нужное подчеркнуть): мне, супругу(е), сыну, дочери, матери, отцу	
ФИО ПАЦИЕНТА (если налогоплательщик и пациент разные лица)	_____ _____
ИНН	| | | | | | | | | | | |
Дата рождения	«____» _____ _____ г.
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 _____
V	**Согласен на обработку персональных данных**
Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия	
Дата _____ 202_ г	Подпись _____

Справка получена _____ _____ _____

ДАТА **ПОДПИСЬ** **ФИО**