Заявление

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

**От**

**Телефон конт.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА** |  |
|  |  |
| **ИНН** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Дата рождения** |  |
|  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
| **Документ удостоверяющий личность** | Вид документа |
| Серия |  |  |  |  | Номер |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Дата выдачи |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
|  |
| **Налоговый период (год)** |  |
| **Медицинские услуги оказаны:** |  | **мне** |  |  | **супруге (у)** |  |  |  | **сыну (дочери)** |  |  |  | **матери (отцу)** |  |
| **Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА** |  |
|  |  |
| **ИНН** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Дата рождения** |  |
|  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
| **Документ удостоверяющий личность** | Вид документа |
| Серия |  |  |  |  | Номер |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Дата выдачи |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
| **Согласен(а) на обработку персональных данных** |
| Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данных лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия. |
| Дата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Подпись |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |