

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 контактный _____

Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	_____
ИНН	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Номер <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Дата выдачи <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Налоговый период (год)	_____
Медицинские услуги оказаны:	<input type="checkbox"/> мне <input type="checkbox"/> супруге (у) <input type="checkbox"/> сыну (дочери) <input type="checkbox"/> матери (отцу)
Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА	_____
ИНН	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Номер <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Дата выдачи <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Подойдете в Клинику, забрать бумажный вариант справки <input type="checkbox"/>	
Загрузить справку об оказание мед. услуг в ЛК в ФНС <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 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 _____