Генеральному директору

сети семейных клиник «Медэксперт»

Колобухову В.П.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО полностью

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы**

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в сети семейных клиник «Медэксперт»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия Имя Отчество**  налогоплательщика |  | | |
| **Дата рождения** | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. | Налоговый период (**год**) |  |
| **ИНН** |  |  |  |
| **Контактный телефон** |  | **Электронная почта** |  |

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам (отметить нужное )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **мне** | | | |  **моему супругу (е)** | |
|  | | | | | |
| **Фамилия Имя Отчество** | |  | | | |
| **дата рождения** | |  | Налоговый период (**год**) | |  |
| **ИНН** | |  | | | |
|  **моим родителям** | | | | | |
| **Фамилия Имя Отчество** | |  | | | |
| **Дата рождения** | |  | Налоговый период (**год**) | |  |
| **ИНН** | |  |  | |  |
|  | | | | | |
| **Фамилия Имя Отчество** | |  | | | |
| **Дата рождения** | |  | Налоговый период (**год**) | |  |
| **ИНН** | |  |  | |  |
|  **моим детям** | | | | | |
| **ФИО** | |  | | | |
| **Дата рождения** | |  | Налоговый период (**год**) | |  |
| Паспортные данные\* | | Серия: Номер: Дата выдачи: | | | |
|  | | | | |  |
| **ФИО** | |  | | | |
| **Дата рождения** | |  | Налоговый период (**год**) | |  |
| Паспортные данные \* | | Серия: Номер: Дата выдачи: | | | |
|  | | | | |  |
| **ФИО** | |  | | | |
| **Дата рождения** | |  | Налоговый период (**год**) | |  |
| Паспортные данные \* | | Серия: Номер: Дата выдачи: | | | |
| \* - до 14 лет, данные свидетельства о рождении  **ВНИМАНИЕ!** | | | | | | |
| **** Подписывая настоящее заявление,  Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия | | | | | | |
| Дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ год подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |