

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: _____ / _____