

## Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг на бумажном носителе для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ГБУЗ ПК «Чайковская СП» (начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024г.)

\*От \_\_\_\_\_  
Фамилия, Имя, Отчество

\*Тел.контактный \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

<b>* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика</b>																
<b>*ИНН</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
Дата рождения налогоплательщика	____ . ____ . _____															
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ . _____ год															
<b>*Налоговый период/год</b>																
Медицинские услуги оказаны	мне, _____ супруге (у) _____ сыну (дочери), _____ матери (отцу)															
<b>*Фамилия Имя Отчество пациента</b>																
<b>*ИНН</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
Дата рождения пациента	____ . ____ . _____															
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ . _____ год															
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024 г.) ГОД _____ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.																
<b>*На обработку персональных данных согласен (а)</b> <input type="checkbox"/>																
<b>Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.</b>																
Дата _____	Подпись _____															

Заявление получено \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Фамилия И.О. \_\_\_\_\_

Справка получена \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Фамилия И.О. \_\_\_\_\_