

## Заявление

Прошу **передать сведения 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 style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
Дата рождения налогоплательщика	_____ . _____ . _____												
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ . _____ год												
*Налоговый период/год													
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 style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></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.													
*На обработку персональных данных согласен (а) <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.