

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в ООО «МИЛАВИТА».

От _____

Телефон контактный: _____

ФИО НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА												
ИНН												
Дата рождения	« ____ » _____ Г.											
При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются												
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____											
Налоговый период (год)												
Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть): мне, супругу(е), сыну, дочери, матери, отцу												
ФИО ПАЦИЕНТА (если налогоплательщик и пациент разные лица)												
ИНН												
Дата рождения	« ____ » _____ Г.											
При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются												
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____											
V	Согласен на обработку персональных данных											
Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия												
Дата « ____ » _____ 2026 г						Подпись _____						

Справка получена

ДАТА

ПОДПИСЬ

ФИО