

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО МЦ «Династия Парк». (*- обязательно к заполнению)

Обращаем ваше внимание на то, что необходимо заполнить ВСЕ строки заявления. Частично заполненные заявления к обработке не принимаются.

От _____

Фамилия, Имя, Отчество

Тел.контактный _____ E-mail _____

Фамилия Имя Отчество налогоплательщика													
ИНН	<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)												
Фамилия Имя Отчество пациента													
ИНН	<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												
Способ получения СПРАВКИ (нужное отметить): <input type="checkbox"/> Лично в руки (при предъявлении паспорта) <input type="checkbox"/> По электронной почте <input type="checkbox"/> Направить в ИФНС													
На обработку персональных данных согласен (а)(нужное отметить) – ДА/НЕТ													
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.													
Дата _____	Подпись _____												

Заявление получено

Дата

подпись

Фамилия И.О.

Справка получена

Дата

подпись

Фамилия И.О.