

Заявление

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

*От _____

Фамилия, Имя, Отчество

*Тел.контактный _____ E-mail _____

* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика																
*ИНН	<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															
*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></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.																
*На обработку персональных данных согласен (а) <input type="checkbox"/>																
Подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия																
Дата _____	Подпись _____															

Заполненное и подписанное заявление вы можете предоставить любым способом:

- Подать лично в ООО «С. В. Стоматология» по адресу: г. Арзамас, ул. Свободы, д.5, оф.3
- Отправить скан-копию или читаемое фото на email: sv-stom.arz@yandex.ru (оригинал заявления необходимо принести при получении справки)

Срок изготовления справки до 30 календарных дней с даты подачи заявления.

Заявление получено _____

Дата

подпись

Фамилия И.О.

Справка получена _____

Дата

подпись

Фамилия И.О.

**Справка выдается на бумажном носителе,
в организации отсутствует техническая возможность передачи данных в налоговые органы**