

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»

От _____
(ФИО налогоплательщика полностью)

Контактн. телефон _____ Адрес электронной почты _____

ИНН налогоплательщика	
Дата рождения налогоплательщика	
Документ, удостоверяющий личность налогоплательщика	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « _____ » _____ год Кем выдан _____
Налоговый период/год	
Медицинские услуги оказаны	_____ мне _____ супруге/супругу _____ сыну/дочери _____ матери/отцу
ФИО пациента	
ИНН пациента	
Дата рождения пациента	
Документ, удостоверяющий личность пациента	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « _____ » _____ год Кем выдан _____
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024г.) Год _____ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____	
На обработку персональных данных согласен(а) _____	
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 Вами 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 заявления на email: sv-stom.arz@yandex.ru

Сведения предоставляются в течение 30 дней со дня подачи Заявления

Дополнительно информируем:

На основании заявления физического лица медицинская организация представляет в налоговый орган в электронной форме сведения о фактических расходах налогоплательщика на оказанные услуги

Заявление получено « _____ » _____ Г. _____ / _____ /
(ФИО и подпись администратора)

Справка отправлена в налоговый орган « _____ » _____ Г. _____ / _____ /
(ФИО и подпись администратора)

Справка получена « _____ » _____ Г. _____ / _____ /
(ФИО и подпись налогоплательщика (в случае личного получения))