

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Клиника современной трихологии»

город _____

От _____ Дата рождения: _____

Телефон контактный _____ E-mail _____

Фамилия Имя Отчество Налогоплательщика	_____																		
ИНН	<table><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></tr></table>																		
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Номер <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Дата выдачи <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Налоговый период (год)																			
Медицинские услуги оказаны: ☐ мне ☐ супруге (у) ☐ сыну (дочери) ☐ матери (отцу)																			
Фамилия Имя Отчество Пациента	_____																		
ИНН	<table><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></tr></table>																		
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Номер <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Дата выдачи <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.																			
На обработку персональных данных согласен (а) ☐																			
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия. Я проинформирован (а) о том, что электронная почта является ненадёжным и не защищённым каналом связи и передаваемая информация может стать известна третьим лицам.																			
Дата _____ Подпись _____																			

Заявление получено _____

дата

подпись

Фамилия И.О.

Справка получена _____

дата

подпись

Фамилия И.О.