ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ
об оплате медицинских услуг в АО «Санаторий «Итиль» для представления в налоговый орган
(начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024 года)

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг в _____ году для представления в налоговый орган.
Сообщаю следующие данные:
Данные ПАЦИЕНТА:
Фамилия _____
Имя _____
Отчество_____
Дата рождения _____

ИНН _____

серия и номер паспорта _____ дата выдачи _____
Пациент и налогоплательщик является одним лицом ☐ 0 - нет 1 - да

Если НЕТ, то

Данные НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (его супруга/супруги, сына/дочери, матери/отца):

Фамилия _____
Имя _____
Отчество_____
Дата рождения _____

ИНН _____

серия и номер паспорта _____ дата выдачи
Сумма расходов за оказанные медицинские услуги _____(при наличии данной информации или согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки).
Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

_____ /_____/ [1]
подпись ФИО

«____»_____202__г. тел. +7 (____)_____ - ____- _____

Электронная почта_____

[1] 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