

## Заявление

Прошу Вас, предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы за оказанные медицинские услуги.

**ФИО налогоплательщика (полностью):**

\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_

Документ удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ Серия: \_\_\_\_\_

Номер: \_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_

Налоговый период/год: \_\_\_\_\_

Медицинские услуги оказаны мне, супругу(е), сыну(дочери), матери(отцу). Нужно подчеркнуть.

**ФИО пациента (полностью):**

\_\_\_\_\_

Дата рождения пациента: \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_

Документ удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ Серия: \_\_\_\_\_

Номер: \_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_

На обработку персональных данных согласен(а) \_\_\_\_\_

Все данные предоставляю с добровольного согласия.

Контактный номер телефона: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Дата получения \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_