

## Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ГБУЗ ЛО Волховская межрайонная больница

\*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><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><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 _____ руб.																					
Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.																					
*На обработку персональных данных согласен (а) <input type="checkbox"/>																					
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.																					
Дата _____	Подпись _____																				

Заявление получено \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Фамилия И.О. \_\_\_\_\_

Справка получена \_\_\_\_\_