

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО "Форум Интернэшнл Технолоджи"

От _____

Телефон конт. _____

Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	_____
---	-------

ИНН	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------------	---

Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------	---

При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются.

Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____
	Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Номер <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Дата выдачи <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Налоговый период (год)	_____
-------------------------------	-------

Медицинские услуги оказаны: <input type="checkbox"/> мне <input type="checkbox"/> супруге (у) <input type="checkbox"/> сыну (дочери) <input type="checkbox"/> матери (отцу)
--

Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА	_____
--	-------

ИНН	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------------	---

Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------	---

При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются.

Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____
	Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Номер <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Дата выдачи <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Обучается по очной форме обучения (до 24 лет) (при оказании медуслуг после 01.01.2022)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании медуслуг после 01.01.2024)		
Год <u>202</u>	Сумма расходов на оказанные мед. услуги _____	руб.

<input type="checkbox"/> Согласен(а) на обработку персональных данных
--

Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данных лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия.

Дата _____	Подпись _____
------------	---------------

Заявление получено _____ дата _____ подпись _____ Фамилия И.О. _____

Справка получена _____ дата _____ подпись _____ Фамилия И.О. _____