

**Заявление
о выдаче справки об оплате медицинских услуг
для представления в налоговый орган**

Отчетный период 20__ год.

!!!Заявление заполняется печатными буквами

Данные физического лица, оплатившего медицинские услуги (налогоплательщика)						
Фамилия						
Имя						
Отчество						
ИНН						
Дата рождения						
Паспорт	Се- рия		Номер		Дата выда- чи	
Стоимость меди- цинских услуг						
Контактный теле- фон						
Данные пациента, которому оказаны медицинские услуги (Если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.)						
Степень родства						
Фамилия						
Имя						
Отчество						
ИНН (при наличии)						
Дата рождения						
Паспорт / Свиде- тельство о рожде- нии (нужное подчеркнуть)	Се- рия		Номер		Дата выда- чи	

- ✓ **Выдача справок об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы осуществляется на основании письменного заявления пациента (налогоплательщика). Срок подготовки справки составляет до 30 календарных дней с даты подачи заявления (согласно ст. 12 ФЗ № 59 от 02.05.2006 г.)**
- ✓ **Подписывая настоящее заявление, я даю согласие на обработку своих персональных данных и подтверждаю, что все персональные данные третьих лиц, указанные мною в данном заявлении, я предоставляю с их добровольного согласия.**
- ✓ **Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю.**

Дата _____

ФИО и подпись _____