

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

ФИО налогоплательщика	Иванова Марина Ивановна		
Дата рождения	01.01.1980	Контактный телефон	8-901-001-00-01
ИНН	770077007700	Налоговый период (год)	2024
Паспортные данные	Серия: 7600 Номер: 112233 Дата выдачи: 03.03.2005		

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам (отметить нужное V)

<input type="checkbox"/> мне	
<input type="checkbox"/> моему супругу(е)	

ФИО, дата рождения			
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: _____ Номер: _____ Дата выдачи: _____		

V моим родителям

ФИО, дата рождения	Иванов Иван Иванович, 01.01.1960		
ИНН	772277227722	Налоговый период (год)	2024
Паспортные данные	Серия: 4518 Номер: 454454 Дата выдачи: 05.05.2010		

ФИО, дата рождения			
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: _____ Номер: _____ Дата выдачи: _____		

моим детям

ФИО			
Дата рождения		Налоговый период (год)	
Паспортные данные**	Серия: _____ Номер: _____ Дата выдачи: _____		

ФИО			
Дата рождения		Налоговый период (год)	
Паспортные данные **	Серия: _____ Номер: _____ Дата выдачи: _____		

ФИО			
Дата рождения		Налоговый период (год)	
Паспортные данные **	Серия: _____ Номер: _____ Дата выдачи: _____		

Прошу выдать следующим способом (отметить нужное V)

<input type="checkbox"/> лично мне	
<input type="checkbox"/> направить в налоговый орган в электронной форме	

ВНИМАНИЕ!

V	Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия
----------	---

«02» февраля 2024 г. подпись / *Иванова* / Иванова М.И.

Заявление принял « __ » _____ 20 г. / _____ / *

* - Заполняется администратором клиники

** - до 14 лет, данные свидетельства о рождении