

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы для подачи по электронной почте в ГАМУ СО «ОСЦМР «САНАТОРИЙ РУШ»

ФИО налогоплательщика			
Дата рождения		Контактный телефон	
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: Номер: Дата выдачи:		

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

☐ мне			
☐ моему супругу(е)			
ФИО, дата рождения			
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: Номер: Дата выдачи:		
☐ моим родителям			
ФИО, дата рождения			
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: Номер: Дата выдачи:		
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)

☐ лично мне

☐ направить в налоговый орган в электронной форме (при наличии технической возможности со стороны _____ налогового органа) для медицинских услуг, оказанных в 2024 году и позже _____

☐ я доверяю получить

ФИО доверенного лица			
Паспортные данные	Серия: _____	Номер: _____	Дата выдачи: _____

ВНИМАНИЕ!

V

« _ »20 _____ г. подпись / _____

Заявление принял « _ »20 _____ г. / _____

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

Подпись: _____

* - Заполняется администратором клиники
** - до 14 лет, данные свидетельства о рождении