

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

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

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

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>моим родителям</b>	
---	--

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

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

<input type="checkbox"/> <b>моим детям</b>	
--	--

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

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

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

**Прошу выдать следующим способом (отметить нужное V)**

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

**ВНИМАНИЕ!**

<b>V</b>	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