Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №30»

От _____

Телефон контактный___ _____

Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	_____
ИНН	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Дата рождения	☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐
При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются.	
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия ☐☐☐☐ Номер ☐☐☐☐☐☐ Дата выдачи ☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐
Налоговый период (год)	

Медицинские услуги оказаны: ☐ **мне** ☐ **супруге(у)** ☐ **сыну(дочери)** ☐ **матери(отцу)**

Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА	_____
ИНН	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Дата рождения	☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐
При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются.	
Документ удостоверяющий личность	Вид документа Серия ☐☐☐☐ Номер ☐☐☐☐☐☐ Дата выдачи ☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании медуслуг после 01.01.2024)

Год _____ Сумма расходов на оказанные мед. услуги _____ руб.

☐ **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 _____

Предпочтительная форма получения справки (нужное подчеркнуть):

1. Очно (с паспортом)
2. По электронной почте _____(указать адрес электронной почты)

Заявление получено _____ _____ _____
дата подпись ФИО

Справка получена _____ _____ _____

Справка отправлена по эл. почте _____ _____
дата подпись