ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ

СПРАВКИ

Об оплате медицинских услуг в ООО «Денталь-люкс»
для представления в налоговый орган

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг в_____ году для представления в налоговый орган.

Сообщаю следующие данные:
Данные **ПАЦИЕНТА**:
Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Дата рождения _____

ИНН _____

серия и номер **паспорта (св-ва о рождении)** _____дата выдачи _____

Пациент и налогоплательщик является одним лицом ☐ 0-нет
1 -да

Если НЕТ, то

Данные **НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА** (его супруга/супруги, сына/дочери, матери/отца):

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Дата рождения _____

ИНН _____

серия и номер **паспорта** _____дата выдачи _____

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

_____/_____/[1]
подпись ФИО

«_____»_____202__г. тел.+7 (_____)_____

[1] подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия

Сведения предоставляются в течение 30 дней со дня подачи заявления (Приказ ФНС России от 08.11.2023 г. № ЕА-7-11/824@)