



От _____

(Ф.И.О. ПОЛНОСТЬЮ, ЗАПОЛНЯТЬ РАЗБОРЧИВО)

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

ФИО налогоплательщика			
Дата рождения		Конт. телефон	
ИНН			
Налоговый период (год)			

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам

(отметить нужное)

<input type="checkbox"/> мне	
<input type="checkbox"/> моему супругу (е)	
ФИО, дата рождения	
<input type="checkbox"/> моим родителям	
ФИО, дата рождения	
ФИО, дата рождения	
<input type="checkbox"/> моим детям	
ФИО, дата рождения	
ФИО, дата рождения	
ФИО, дата рождения	

прошу выдать следующим способом

(отметить нужное)

<input type="checkbox"/> лично мне	
<input type="checkbox"/> направить на электронную почту (только иногородним)	
адрес электронной почты	
<input type="checkbox"/> я доверяю получить	
ФИО доверенного лица	
паспортные данные доверенного лица	номер _____ кем выдан _____ дата выдачи _____

ВНИМАНИЕ!

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

дата _____

подпись _____

отрывная часть (заполняется работником клиники)

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы
налогоплательщик _____ налоговый период _____ получил _____

ФИО

год (ы)

дата приема

администратор _____

ФИО

подпись

Готовность документов в течение 10 рабочих дней от даты приема заявления.

Выбранный способ получения:

Лично

Выдача доверенному лицу

Выдача документов в регистратуре клиники по адресу: _____.

Справка выдается заявителю или доверенному лицу, указанному в заявлении, при предъявлении паспорта.