АПОЛЛОНИЯ ДЕНТ

Директору ООО «АПОЛЛОНИЯ ДЕНТ»

Кудрявцевой Ю.П.

От _____

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

_____

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услугдля 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 ☑)

☐ **мне**	
☐ **моему супругу (е)**	
ФИО, дата рождения	
☐ **моим родителям**	
ФИО, дата рождения	
ФИО, дата рождения	
☐ **моим детям**	
ФИО, дата рождения	
ФИО, дата рождения	
ФИО, дата рождения	

прошу выдать следующим способом

(отметить нужное ☑)

☐ **лично мне**	
☐ **направить на электронную почту (только иногородним)**	
адрес электронной почты	
☐ **я доверяю получить**	
ФИО доверенного лица	
паспортные данные доверенного лица	номер_____кем выдан _____ _____дата выдачи _____

ВНИМАНИЕ!

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

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.