ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ

об оплате медицинских услуг в ООО «Поликлиника «ПрофиМед»
для представления в налоговый орган
(начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024 года)

Прошу Вас предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг в 202_ _ году для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Поликлиника «ПрофиМед».
Сообщаю следующие данные:

ФИО Налогоплательщика_____
Дата рождения _____
Паспорт Серия_____№_____
Дата выдачи _____
Кем выдан _____
_____
ИНН_____
Телефон_____
(ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ПО ПОЧТЕ/ЭЛ ПОЧТЕ - ПРИЛОЖИТЬ СКАН ПАСПОРТА)

Пациент и налогоплательщик является одним лицом ☐ (1 – да, 0- нет)
Если НЕТ, то
ФИО Пациента_____
Дата рождения _____
Паспорт Серия_____№_____
Дата выдачи _____
Кем выдан _____
_____

Предпочтительная форма получения справки (нужное подчеркнуть)

1. Очно
2. По электронной почте (электронный адрес _____)

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

« ___ » _____202__ г.

ФИО * _____

_____ Подпись

* 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