**Заявление физического лица о выдаче справки,**

**оплатившего медицинскую услугу** **за запрашиваемый налоговый период (год)**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год, в котором оказывалась медицинская услуга и в котором осуществлялись соответствующие расходы за оказанные медицинские услуги в ООО «ЦУК «Меньшиковский форпост»

**От налогоплательщика**

Фамилия Имя Отчество (при наличии)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **ИНН налогоплательщика**

**(указывается при наличии)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Дата рождения****налогоплательщика** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |

 |
| **Сведения о документе, удостоверяющем личность****налогоплательщика** | \*\*Код вида документа Серия Номер

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |

Дата выдачи |
|  **Отчетный год****(Налоговый период)** |  |
| **Фамилия Имя Отчество** **ПАЦИЕНТА1** |  |
|  1 Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом. |
| **Дата рождения пациента** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |

 |
| * При заполнении поля
 |  «ИНН», не заполняется поле «Сведения о документе удостоверяющем личность». |
| **Сведения о документе, удостоверяющем личность пациента** |  Серия Номер

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |

Дата выдачи |
| Подписывая настоящее заявление, достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении подтверждаю.  |
|  Дата Подпись Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление принял

дата

подпись

Фамилия И.О.