**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.