

## Заявление

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в АО «Стоматологическая поликлиника № 4» (\* - обязательно к заполнению)

\*От \_\_\_\_\_

\*Контактный телефон \_\_\_\_\_

*Фамилия, Имя, Отчество налогоплательщика	
*ИНН налогоплательщика	
*Дата рождения налогоплательщика	
Документ, удостоверяющий личность налогоплательщика ( <i>требуется в случае, если не указан ИНН налогоплательщика</i> )	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «__» _____ год
*Налоговый период/год	
*Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть)	мне, супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу)
*Фамилия, Имя, Отчество пациента	
*Дата рождения пациента	
*ИНН пациента	
*Документ, удостоверяющий личность пациента ( <i>требуется в случае, если не указан ИНН пациента</i> )	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «__» _____ год
*Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть)	мне, супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу)
*Фамилия, Имя, Отчество пациента	
*Дата рождения пациента	
*ИНН пациента	
*Документ, удостоверяющий личность пациента ( <i>требуется в случае, если не указан ИНН пациента</i> )	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «__» _____ год
*Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть)	мне, супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу)
*Фамилия, Имя, Отчество пациента	
*Дата рождения пациента	

*ИНН пациента	
*Документ, удостоверяющий личность пациента <i>(требуется в случае, если не указан ИНН пациента)</i>	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ год
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании услуг после 01.01.2024 г.) Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.	
*На обработку персональных данных согласен(а)	<input type="checkbox"/> Поставить галочку
<b>Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанных в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.</b>	
Предпочтительная форма получения Справки: 1. В налоговый орган в электронном виде. 2. Лично в регистратуре поликлиники при наличии паспорта  По электронной почте справка не направляется ( на основании Приказа Минздрава РФ №289, МНС РФ №БГ-3-04/256 от 25.07.2001г.)	
Дата _____	Подпись _____

Заявление получено

\_\_\_\_\_ Дата

\_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_ Фамилия И.О.

Справка получена

\_\_\_\_\_ Дата

\_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_ Фамилия И.О.