

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

			№ мед. Карты *
ФИО налогоплательщика	<i>Иванова Мария Петровна</i>		
Дата рождения	<i>20.12.1985</i>	Контактный телефон	<i>89501684488</i>
ИНН	<i>389874561230</i>	Налоговый период (год)	<i>2024</i>
Паспортные данные	Серия: <i>12 68</i> Номер: <i>120123</i> Дата выдачи: <i>15.08.2006</i>		

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам

(отметить нужное)

<input type="checkbox"/> мне	
<input type="checkbox"/> моему супругу(е)	

			№ мед. Карты *
ФИО, дата рождения	<i>Иванов Иван Иванович, 13.07.1984</i>		
ИНН	<i>381234567890</i>	Налоговый период (год)	<i>2024</i>
Паспортные данные	Серия: <i>12 34</i> Номер: <i>100123</i> Дата выдачи: <i>11.05.2005</i>		

<input type="checkbox"/> моим родителям	
--	--

			№ мед. Карты *
ФИО, дата рождения	<i>Сидоров Пётр Петрович, 25.09.1960</i>		
ИНН	<i>381234878910</i>	Налоговый период (год)	<i>2024</i>
Паспортные данные	Серия: <i>15 78</i> Номер: <i>185124</i> Дата выдачи: <i>25.10.2000</i>		

			№ мед. Карты *
ФИО, дата рождения	<i>Сидорова Анна Ивановна, 04.03.1961</i>		
ИНН	<i>381234967100</i>	Налоговый период (год)	<i>2024</i>
Паспортные данные**	Серия: <i>16 85</i> Номер: <i>145189</i> Дата выдачи: <i>01.04.2001</i>		

<input type="checkbox"/> моим детям	
--	--

			№ мед. Карты *
ФИО	<i>Иванова Марина Ивановна</i>		
Дата рождения	<i>10.08.2014</i>	Налоговый период (год)	<i>2024</i>
Паспортные данные **	Серия: <i>III-AM</i> Номер: <i>234567</i> Дата выдачи: <i>30.08.2014</i>		

			№ мед. Карты *
ФИО	<i>Иванов Василий Иванович</i>		
Дата рождения	<i>13.08.2006</i>	Налоговый период (год)	<i>2024</i>
Паспортные данные	Серия: <i>19 78</i> Номер: <i>198125</i> Дата выдачи: <i>10.09.2020</i>		

			№ мед. Карты *
ФИО			
Дата рождения		Налоговый период (год)	
Паспортные данные **	Серия: _____ Номер: _____ Дата выдачи: _____		

Прошу выдать следующим способом

(отметить нужное)

<input type="checkbox"/> лично мне	
<input type="checkbox"/> направить почтой по адресу	

Адрес (с индексом)	
---------------------------	--

<input type="checkbox"/> я доверяю получить	
--	--

ФИО доверенного лица	
Паспортные данные	Серия: _____ Номер: _____ Дата выдачи: _____

ВНИМАНИЕ!	
V	Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия

«10» марта 2024 г. подпись Иванова / Иванова М.П.

Заявление принял «__» _____ 20__ г. _____ / _____ *

* - Заполняется администратором клиники

** - до 14 лет, данные свидетельства о рождении