

От _____
ФИО

Контактный номер телефона _____

ИНН _____

Паспорт: серия _____ номер _____

Дата выдачи _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ.

1. ФИО (полностью) оплатившего услуги _____
(разборчиво)

Дата рождения _____

Адрес регистрации или проживания:

2. Кому оказаны услуги (пациент): заявителю, супругу (супруге), сыну (дочери), отцу (матери):

ФИО (полностью) разборчиво

Дата рождения: _____

Адрес регистрации или проживания:

ИНН пациента _____

Паспорт пациента: серия _____ номер _____ Дата выдачи _____

Св-во о рождении пациента (для несовершеннолетних):

серия _____ номер _____ Дата выдачи _____

3. Период, за который нужно предоставить справку _____

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
Подпись / расшифровка

4. Адрес филиала для предоставления готовой справки _____

5. Я даю согласие на обработку персональных данных

Расписка в получении заявления и кассовых чеков (заполняется сотрудником МЦ «Академия»)

Заявление от гр. _____ на выдачу справки об оплате медицинских
услуг для предоставления в налоговые органы РФ
принял _____ / _____ « _____ » _____ 20 _____ г.
Подпись / расшифровка

Уважаемые пациенты, обратите внимание:

1. Все пункты заявления обязательны для заполнения.
2. Вы несете ответственность за **точность** и актуальность **введенных данных**.
3. Справка подготавливается в срок до **30** календарных дней после подачи заявления.
4. Для получения справки необходимо предъявить расписку и паспорт.