

Заявление

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

ФИО налогоплательщика			
Дата рождения		Контактный телефон	
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: _____ Номер: _____ Дата выдачи: _____		

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам

(отметить нужное ☐)

☐ мне			
☐ моему супругу(е)			
ФИО, дата рождения			
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: _____ Номер: _____ Дата выдачи: _____		
☐ моим родителям			
ФИО, дата рождения			
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: _____ Номер: _____ Дата выдачи: _____		
ФИО, дата рождения			
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: _____ Номер: _____ Дата выдачи: _____		

Прошу выдать следующим способом

(отметить нужное ☐)

☐ лично мне	
☐ направить почтой по адресу (для граждан, проживающих в Архангельской области)	
Адрес (с индексом)	
☐ я доверяю получить	
ФИО доверенного лица	
Паспортные данные	Серия: _____ Номер: _____ Дата выдачи: _____
ВНИМАНИЕ!	
V	Подписывая настоящее заявление, Я подтверждаю, что все персональные данные третьих лиц, указанные в настоящем заявлении, предоставлены с их добровольного согласия

«__» _____ 20__ г. подпись _____/_____