

(ФИО полностью)

Тел. _____

Заявление

на выдачу справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ! Частично заполненные заявления к обработке не принимаются

Данные физического лица, оплатившего медицинские услуги (далее – **налогоплательщика**):

Налоговый период (год)																		
Фамилия																		
Имя																		
Отчество																		
Дата рождения																		
ИНН																		

Сведения о документе, удостоверяющем личность налогоплательщика:

Вид документа (Паспорт РФ, Вид на жительство в РФ, Паспорт иностранного гражданина и т.п.)																		
Серия и номер																		
Дата выдачи																		

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (пациент)*.

*Заполняется в случае, если налогоплательщик и пациент не является одним лицом.

Фамилия																		
Имя																		
Отчество																		
Дата рождения																		
ИНН (при наличии)																		

Сведения о документе, удостоверяющем личность пациента:

Вид документа (паспорт РФ, свидетельство о рождении и т.д.)																		
Серия и номер																		
Дата выдачи																		

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

Дата _____ 2026 г

Подпись _____

Документы принял: (Должность, Ф.И.О., дата) _____