

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ
об оплате медицинских услуг в ООО «Абсолют»
для представления в налоговый орган
(начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024 года)**

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг в _____ году для представления в налоговый орган.

Сообщаю следующие данные:

Данные ПАЦИЕНТА:

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

ИЛИ

ИНН _____

ИЛИ

серия и номер паспорта _____ дата выдачи _____

Пациент и налогоплательщик является одним лицом 0 - нет
1 - да

Если НЕТ, то

Данные НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (его супруга/супруги, сына/дочери, матери/отца):

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

ИЛИ

ИНН _____

ИЛИ

серия и номер паспорта _____ дата выдачи _____

Сумма расходов за оказанные медицинские услуги _____ (при наличии данной информации или согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки).

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

_____ / _____ /¹
подпись ФИО
«_____» _____ 202__ г. тел. +7 (____) _____ - _____ - _____

¹ подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия