

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

От кого (фамилия, имя, отчество полностью) \_\_\_\_\_

Телефон контактный \_\_\_\_\_

ФИО пациента, которому были оказаны медицинские услуги	_____								
ИНН	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Дата рождения	« _____ »	_____	_____	_____	_____	_____	_____	г.	
При заполнении ИНН поле документ удостоверяющий личность не заполняется									
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____								
Налоговый период (год)	_____								
Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть): мне, супругу(е), сыну, дочери, матери, отцу									
Данные физического лица (налогоплательщика), оплатившего медицинские услуги, заполняются если пациент и налогоплательщик разные лица:									
ФИО физического лица (налогоплательщика), оплатившего медицинские услуги	_____								
ИНН	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Дата рождения	« _____ »	_____	_____	_____	_____	_____	_____	г.	
При заполнении ИНН поле документ удостоверяющий личность не заполняется									
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____								
Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.									
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Согласен на обработку персональных данных</b>								
Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:									
Дата	_____	202	_____	г	Подпись				_____

Справка прошу выдать следующим способом:

1. Лично в руки
2. Отправить по электронной почте по адресу \_\_\_\_\_
3. Другим способом

ДАТА

ПОДПИСЬ

ФИО

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

От кого (фамилия, имя, отчество полностью) \_\_\_\_\_

**Телефон контактный** \_\_\_\_\_

<b>ФИО пациента, которому были оказаны медицинские услуги</b>	_____							
---	-------	--	--	--	--	--	--	--

<b>ИНН</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

<b>Дата рождения</b>	« _____ » _____ г.
----------------------	--------------------

При заполнении ИНН поле документ удостоверяющий личность не заполняется

<b>Документ удостоверяющий личность</b>	Вид документа _____
	Серия _____ номер _____
	Дата выдачи _____

<b>Налоговый период (год)</b>	_____
-----------------------------------	-------

Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть):  
мне, супругу(е), сыну, дочери, матери, отцу

Данные физического лица (налогоплательщика),  
оплатившего медицинские услуги, заполняются если пациент и налогоплательщик разные лица:

<b>ФИО физического лица (налогоплательщика), оплатившего медицинские услуги</b>	_____							
---	-------	--	--	--	--	--	--	--

<b>ИНН</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

<b>Дата рождения</b>	« _____ » _____ г.
----------------------	--------------------

При заполнении ИНН поле документ удостоверяющий личность не заполняется

<b>Документ удостоверяющий личность</b>	Вид документа _____
	Серия _____ номер _____
	Дата выдачи _____

<b>Сумма расходов на оказанные медицинские услуги</b>	_____ руб.
---	------------

**V**  **Согласен на обработку персональных данных**

Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

<b>Дата</b> _____ 202_ г	<b>Подпись</b> _____
--------------------------	----------------------

**Справка прошу выдать следующим способом:**

1. Лично в руки
2. Отправить по электронной почте по адресу \_\_\_\_\_
3. Другим способом \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
ДАТА	ПОДПИСЬ	ФИО