

Генеральному директору  
ООО «Роден» ИНН 6950225525  
М.А. Солоницыной

от \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в \_\_\_\_\_

От \_\_\_\_\_

Телефон конт. \_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	_____												
ИНН													
Дата рождения													
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа	_____											
	Серия												
	Номер												
	Дата выдачи												
Налоговый период (год)	_____												
Медицинский услуги оказаны: <input type="checkbox"/> мне <input type="checkbox"/> супруге (у) <input type="checkbox"/> сыну (дочери) <input type="checkbox"/> матери (отцу)													
Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА	_____												
ИНН													
Дата рождения													
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа	_____											
	Серия												
	Номер												
	Дата выдачи												
<input type="checkbox"/> Копию договора													
<input type="checkbox"/> Обучается по очной форме обучения (до 24 лет) (при оказании мед. услуг после 01.01.2022)													
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании мед. услуг после 01.01.2024)													
Год _____ Сумма расходов на оказанные мед. услуги _____ руб. коп.													
<input type="checkbox"/> <b>Согласен (а) на обработку персональных данных</b>													
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанных в данном Заявлении, вы предоставляете с их добровольного согласия.													
Дата _____ Подпись _____													

Заявление получено \_\_\_\_\_  
ДАТА ПОДПИСЬ ФАМИЛИЯ И.О.

Справка получена \_\_\_\_\_  
ДАТА ПОДПИСЬ ФАМИЛИЯ И.О.