

ООО «Детская стоматология»
ИНН 3702591695 КПП 370201001 ОГРН 1093702017254
153023, г. Иваново, ул. Революционная, д. 16 А, корп. 3
Р/с 40702810517000005244 Ивановское отделение № 8639 ПАО Сбербанк
БИК 042406608 К/с 301018100000000000608
тел/факс (4932) 58-75-57

Генеральному директору ООО «Детская стоматология»
Шутовской Т.Н.

Налогоплательщика – физического лица:

Фамилия	
Имя (полностью)	
Отчество (при наличии, полностью)	
Дата рождения (дд.мм.гг.)	
ИНН (при наличии)	
Вид документа, удостоверяющего личность	
Серия и номер	
Дата выдачи	
Кем выдан	
Код подразделения	

Заявление налогоплательщика - физического лица
о предоставлении сведений о понесенных расходах на оказанные медицинские услуги
в налоговый орган в электронном формате

Прошу предоставить сведения о понесенных мной расходах на оказанные медицинские услуги в налоговый орган за налоговый период (год):

Выбрать V:

☐

Являюсь налогоплательщиком и пациентом в одном лице.

☐

Являюсь налогоплательщиком, оплатившем медицинские услуги за пациента (родственника)*.

*Данные физического лица – пациента, которому оказаны медицинские услуги
(заполняется налогоплательщиком, оплатившем медицинские услуги за пациента):

Фамилия	
Имя (полностью)	
Отчество (при наличии, полностью)	
Дата рождения (дд.мм.гг.)	
ИНН (при наличии)	
Вид документа, удостоверяющего личность	
Серия и номер	
Дата выдачи	
Кем выдан	
Код подразделения	

Я уведомлен(а), что срок выдачи справки составляет 30 календарных дней после дня подачи мной настоящего заявления.

Справку прошу выдать:

Лично в руки, сообщив заранее о дате и времени получения по каналам связи: _____

Дата подачи заявления: _____._____.202__ г.

Подпись налогоплательщика

Заполняется представителем медицинской организации

Дата принятия заявления: _____._____.202__ г. Рег. № заявления в Журнале учета заявлений: _____

Должность: _____

Фамилия, и.о.: _____ подпись _____

