

**ООО «Детская стоматология»**  
**ИИН 3702591695 КПП 370201001 ОГРН 1093702017254**  
**153023, г. Иваново, ул. Революционная, д. 16 А, корп. 3**  
**P/c 40702810517000005244 Ивановское отделение № 8639 ПАО Сбербанк**  
**БИК 042406608 К/с 30101810000000000608**  
**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:

Dropbox

Являюсь налогоплательщиком и пациентом в одном лице.

1

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

(заполняется налогоплательщиком, оплатившим 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: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ г. Рег. № заявления в Журнале учета заявлений: \_\_\_\_\_  
Должность: \_\_\_\_\_  
Фамилия, и.о.: \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

