

От кого (фамилия, имя, отчество полностью)

ИО циента, которому были азаны медицинские услуги	

Дата рождения	« » Г.
---------------	------------------

При заполнении ИНН поле документ, удостоверяющий личность не заполняется

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	
---	--

Дата рождения	« » г.
---------------	------------------

При заполнении ИНН поле документ, удостоверяющий личность не заполняется

Документ	Вид документа
----------	---------------

Серия _____ номер _____
Дата выдачи _____

Сумма расходов на оказанные медицинские услуги 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:

Способ получения: (подчеркнуть) при отсутствии отметки справка будет выдаваться лично Налогоплательщику

ЭЛЕКТРОННО в ФНС путем электронного документооборота: (в личный кабинет налогоплательщика согласно приложению № 3 к приказу ФНС России от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824

Лично (в рабочие часы клиники при предъявлении паспорта Налогоплательщиком или нотариально заверенной доверенности представителя на получение справки)

Дата 202 г. | Подпись _____

Справка получена:

DATA

ПОДПИСЬ

ФИО