

**В бухгалтерию ЛПУ «Родильный дом № 2»  
от налогоплательщика  
(на кого выписывается справка)**

\_\_\_\_\_

*фамилия*

\_\_\_\_\_

*имя*

\_\_\_\_\_

*отчество*

\_\_\_\_\_

*дата рождения*

\_\_\_\_\_

*паспорт: серия, №, дата выдачи*

\_\_\_\_\_

*ИНН*

\_\_\_\_\_

*телефон*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации, оказанных:

\_\_\_\_\_

*фамилия, имя отчество пациента, дата рождения*

за \_\_\_\_\_ год

\_\_\_\_\_

*дата*

\_\_\_\_\_

*подпись*

*Примечание* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- документы направить в ИНФС\* (за 2024-2025 года)
- заберу документы лично\*\*

**В случае отсутствия подписанного информированного согласия , справку получаете лично при посещении «Роддома на Фурштатской»**

\* справка об оплате мед.услуг будет доступна в «Личном кабинете налогоплательщика для физических лиц»

\*\* срок хранения документов 1 месяц с даты уведомления о готовности документов