

## Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Ленздрав». (\*- обязательно к заполнению)

\*От \_\_\_\_\_  
Фамилия, Имя Отчество

\*Тел.контактный \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

<b>* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика</b>													
<b>*ИНН</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
Дата рождения налогоплательщика	_____ . _____ . _____												
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ . _____ год												
*Налоговый период/год													
Медицинские услуги оказаны	мне, _____ супруге (у) _____ сыну (дочери), _____ матери (отцу)												
<b>*Фамилия Имя Отчество пациента</b>													
<b>*ИНН</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
Дата рождения пациента	_____ . _____ . _____												
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ . _____ год												
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024 г.) ГОД _____ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.													
Дата _____ Подпись _____													

Заявление получено \_\_\_\_\_  
Дата подпись Фамилия И.О.

Справка получена \_\_\_\_\_  
Дата подпись Фамилия И.О.