Заявление

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон конт. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу предоставить мне справку (справки) об оплате медицинских услуг, оказанных ООО «АВРОРА» (ИНН 5904248519)

ПОЛУЧУ (нужное подчеркнуть)

-лично;

-на электронную почту:

-электронно (для получения вычетов в упрощённом порядке).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ФИО**  **НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата рождения** | | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | | | | | |
| При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» **не заполняются** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Документ**  **удостоверяющий**  **личность** | | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| Налоговый период (год) | |  | | | | | | | | | | | | |
| Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть):  мне, супругу(е), сыну, дочери, матери, отцу | | | | | | | | | | | | | | |
| **ФИО ПАЦИЕНТА**  (если налогоплательщик и пациент разные лица) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата рождения** | | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | | | | | |
| При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» **не заполняются** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Документ**  **удостоверяющий**  **личность** | | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| За ребёнка в возрасте до 14 лет указываются данные свидетельства о рождении | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г | | | | | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |