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 _____