

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в Клинике Реамед - (ООО «Реамед», ООО «ЛДЦ «РМ», ООО «Здоровье»)

Примечание: поля отмеченные звездочкой * обязательны к заполнению

* От _____
(фамилия имя отчество полностью)

* Контактный номер телефона _____

Налогоплательщик:

* Фамилия _____

* Имя _____

* Отчество _____

* ИНН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата рождения

число		месяц		год			

Документ удостоверяющий личность _____
вид документа _____
серия _____ номер _____ дата выдачи _____

* Налоговый период

год				год				год			

* Медицинские услуги оказаны ☐ мне, ☐ супругу (е), ☐ сыну (дочери), ☐ матери (отцу)
(поставьте галочку)

Пациент:

* Фамилия _____

* Имя _____

* Отчество _____

* ИНН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата рождения

число		месяц		год			

Документ удостоверяющий личность _____
вид документа _____
серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании услуг после 01.01.2024 г.)

Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.

Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.

* Даю согласие на обработку персональных данных _____
* подпись заявителя

* Дата

число		месяц		год			

* подпись заявителя

Предпочтительная форма получения справки (отметьте галочкой)

☐ Очно в регистратуре клиники при предъявлении паспорта

☐ Почтовым отправлением _____
наложенным платежом по адресу _____
Почтовый индекс: _____ Адрес: _____

Квитанция о принятии заявления

на предоставление справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

Заявление получено

число		месяц		год			

Представитель _____
Клиники Реамед (подпись)

_____ (Фамилия И. О.)