

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче Справки об оплате медицинских услуг для представления
в налоговый орган

От _____

Контактный телефон _____

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг, полученных в БУЗ ВО «ВОЛРЦ» для представления в налоговый орган (форма по КНД 1151156)

за год

Справку прошу выдать на бумажном носителе:

лично в руки	
через представителя, обладающего соответствующими полномочиями	
заказным почтовым отправлением (за мой счет) с уведомлением о вручении на адрес:	

Данные физического лица оплатившего медицинские услуги (налогоплательщик):

Фамилия	
Имя	
Отчество	
ИНН	Дата рождения . .

Сведения о документе, удостоверяющем личность (не заполняется, если указан ИНН):

Документ удостоверяющий личность _____

Серия и номер Дата выдачи . .

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом

☐

нет / да

Если нет, то необходимо заполнить следующие данные

Данные физического лица которому оказаны медицинские услуги (Пациент):

Фамилия	
Имя	
Отчество	
ИНН	Дата рождения . .

Сведения о документе, удостоверяющем личность (не заполняется, если указан ИНН):

Документ удостоверяющий личность _____

Серия и номер Дата выдачи . .

Даю свое согласие на обработку персональных данных.

Подписывая данное заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанных в данном заявлении, вы предоставляете с их добровольного согласия

Дата _____ Подпись _____