

# Медицинский центр «Здоровье+»

## Заявление

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

\*От \_\_\_\_\_  
\*Контактный телефон \_\_\_\_\_

*Фамилия, Имя, Отчество налогоплательщика	
*ИНН налогоплательщика	
*Дата рождения налогоплательщика	
Документ, удостоверяющий личность налогоплательщика <i>(требуется в случае, если не указан ИНН налогоплательщика)</i>	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «___» _____ год
*Налоговый период/год	
*Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть)	мне, супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу)
*Фамилия, Имя, Отчество пациента	
*Дата рождения пациента	
*ИНН пациента	
*Документ, удостоверяющий личность пациента <i>(требуется в случае, если не указан ИНН пациента)</i>	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «___» _____ год
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.	
*На обработку персональных данных согласен(а)	<input type="checkbox"/> Поставить галочку
<b>Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанных в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Очно в регистратуре клиники <input type="checkbox"/> 2. Почтовым отправлением по адресу: Индекс: _____ Адрес: _____ <input type="checkbox"/> 3. Отправка в ФНС: _____	
Дата _____	Подпись _____

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

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

\* Сведения предоставляются в течение **30 дней** со дня подачи заявления (Приказ ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@)