Главному врачу
ООО «МостЛайф»
Рослякову М. В.

от _____

_____

тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг за _____ год(ы) по форме, утверждённой приказом ФНС России от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@.

1. Налогоплательщик *(лицо, оплатившее медицинские услуги)*

ФИО _____

Дата рождения _____ ИНН _____

Паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Кем выдан _____

2. Пациент *(заполняется, если пациент и налогоплательщик — разные лица)*

ФИО _____

Дата рождения _____ Кем приходится налогоплательщику _____

ИНН _____

Паспорт / свидетельство о рождении: серия _____ номер _____

Кем и когда выдан _____

3. Способ получения справки *(нужное отметить)*

□ лично в клинике

□ по электронной почте: _____

4. Прилагаю *(нужное отметить)*

□ копии договоров □ копии чеков

□ другое: _____

Даю согласие ООО «МостЛайф» на обработку персональных данных, указанных в заявлении, для подготовки и выдачи справки.

« __ » _____ 20____ г. _____ / _____

подпись *расшифровка*