

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «АЛИСА-М».

(* - обязательно к заполнению)

*От _____
Фамилия, Имя, Отчество

*Контактный телефон _____

* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика																
* ИНН налогоплательщика	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
*Дата рождения налогоплательщика	____ . ____ . ____															
Документ, удостоверяющий личность налогоплательщика (заполнить в случае отсутствия ИНН)	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » ____ . ____ год															
*Налоговый период/год																
*Медицинские услуги оказаны (обвести)	мне, _____ супруге (у) _____ сыну (дочери), _____ матери (отцу)															
*Фамилия Имя Отчество пациента																
*ИНН пациента	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
*Дата рождения пациента	____ . ____ . ____															
Документ, удостоверяющий личность пациента (заполнить в случае отсутствия ИНН)	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » ____ . ____ год															
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанных в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.																
На обработку и хранение персональных данных согласен(а)																
Справка предоставляется в течении 30 дней со дня подачи заявления (Приказ ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@)																
*Желаемый способ получения справки:																
Оригинал лично в руки в ООО «АЛИСА-М» (рекомендуемый безопасный способ) _____																
По электронной почте E-mail (разборчиво) _____ при выборе этого способа, я осознаю возможные риски и в случае хакерской атаки или иной утечки данных передаваемых по электронной почте, претензий к ООО «АЛИСА-М» не имею.																

Дата _____ Подпись заявителя _____ Расшифровка _____

Заявление получено

_____ Дата _____ подпись _____ Фамилия И.О. _____

Справка получена

_____ Дата _____ подпись _____ Фамилия И.О. _____