

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

		№ мед. Карты *	
ФИО налогоплательщика			
Дата рождения		Контактный телефон	
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: _____	Номер: _____	Дата выдачи: _____

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам
(отметить нужное)

<input type="checkbox"/> мне	
<input type="checkbox"/> моему супругу(е)	
	№ мед. Карты *

ФИО, дата рождения			
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: _____	Номер: _____	Дата выдачи: _____

<input type="checkbox"/> моим родителям	
	№ мед. Карты *

ФИО, дата рождения			
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: _____	Номер: _____	Дата выдачи: _____

	№ мед. Карты *
--	----------------

ФИО, дата рождения			
ИНН		Налоговый период (год)	
Паспортные данные	Серия: _____	Номер: _____	Дата выдачи: _____

<input type="checkbox"/> моим детям	
	№ мед. Карты *

ФИО			
Дата рождения		Налоговый период (год)	
Паспортные данные**	Серия: _____	Номер: _____	Дата выдачи: _____

	№ мед. Карты *
--	----------------

ФИО			
Дата рождения		Налоговый период (год)	
Паспортные данные**	Серия: _____	Номер: _____	Дата выдачи: _____

	№ мед. Карты *
--	----------------

ФИО			
Дата рождения		Налоговый период (год)	
Паспортные данные**	Серия: _____	Номер: _____	Дата выдачи: _____

Прошу выдать следующим способом
(отметить нужное)

<input type="checkbox"/> лично мне	
<input type="checkbox"/> направить почтой по адресу	

Адрес (с индексом)			
--------------------	--	--	--

<input type="checkbox"/> я доверяю получить	
--	--

ФИО доверенного лица			
Паспортные данные	Серия: _____	Номер: _____	Дата выдачи: _____

Нужно ли продублировать договор?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
----------------------------------	--

ВНИМАНИЕ!

V	Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия
----------	---

«__» _____ 20__ г. подпись _____ / _____ /

Заявление принял «__» _____ 20__ г. _____ / _____ /

* - Заполняется администратором клиники ** - до 14 лет, данные свидетельства о рождении