

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ
об оплате медицинских услуг в стоматологии ИП Перминов И.А.
для представления в налоговый орган
(начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024 года)

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг за _____ год для предоставления в налоговый орган.

Сообщаю следующие данные:

Данные ПАЦИЕНТА:

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

ИНН _____

серия и номер паспорта _____ дата выдачи _____

Пациент и налогоплательщик является одним лицом 0 - нет
1 - да

Если **НЕТ**, то

Данные **НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА**: степень родства _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

ИНН _____

серия и номер паспорта _____ дата выдачи _____

Сумма расходов за оказанные медицинские услуги _____ (при наличии данной информации или согласованная сумма расходов конкретного лица, обратившегося за выдачей Справки).

Перечень полученных услуг: _____

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении, подтверждаю:

_____ / _____ / ¹

подпись

ФИО полностью

« ____ » _____ 202__ г. тел. +7 (____) _____ - ____ - _____

¹ подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и даете согласие на использование вашего номера телефона для связи с вами, а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия

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