

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ**  
**об оплате медицинских услуг в стоматологии ООО «Аванта-дент»**  
**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:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /<sup>1</sup>  
подпись ФИО полностью

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. тел. +7 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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@)