

Главному врачу ООО «ДЕЛИ» Чадаевой Ольги Викторовне

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг, для предоставления в налоговые органы Российской Федерации с целью получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги в ООО «Дели»

ФИО налогоплательщика _____

Дата рождения ____ . ____ . ____ г. Паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

_____ Адрес регистрации: _____

ИНН _____ Телефон: _____ E-mail _____

Медицинские услуги были оказаны:

- ☐ Мне (лично)
- ☐ Моему супругу/супруге
- ☐ Моему ребенку (ФИО ребенка, дата рождения)
- ☐ Моему родителю (ФИО родителя, дата рождения)

ЗАПОЛНЯТЬ, ЕСЛИ НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК И ПАЦИЕНТ РАЗНЫЕ ЛЮДИ

ФИО пациента _____

Дата рождения ____ . ____ . ____ г. Паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

_____ Адрес регистрации: _____

ИНН _____

Форма получения справки:

- ☐ Очно
- ☐ На электронную почту

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

_____ Фамилия И.О. _____ Дата

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», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.