

Заявление

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги

в ГБУЗ ПК "Краевая клиническая психиатрическая больница" (*обязательно к заполнению)

*От _____

*Контактный телефон _____

*Фамилия, Имя, Отчество налогоплательщика _____	
*ИНН налогоплательщика _____	
*Дата рождения налогоплательщика _____	
Документ, удостоверяющий личность налогоплательщика	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «__» _____ год
*Налоговый период/год _____	
*Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть)	
*Фамилия, Имя, Отчество пациента _____	
*Дата рождения пациента _____	
*ИНН пациента _____	
Документ, удостоверяющий личность пациента (требуется в случае, если не указан ИНН пациента)	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «__» _____ год
*Фамилия, Имя, Отчество пациента _____	
*Дата рождения пациента _____	
*ИНН пациента _____	
Документ, удостоверяющий личность пациента (требуется в случае, если не указан ИНН пациента)	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «__» _____ год
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании услуг после 01.01.2024 г.) Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.	
*На обработку персональных данных согласен(а)	_____
	Поставить галочку
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанных в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.	

Предпочтительная форма получения Справки:

1. Лично в регистратуре клиники

2. На электронную почту:

Дата

Подпись

Заявление получено

Дата

Подпись

Фамилия И.О.

Справка получена

Дата

Подпись

Фамилия И.О.

К заявлению прилагаю:

1. Копию свидетельства ИНН

2. Копию чека

3. Копию договора на оказание платных медицинских услуг