

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в ООО «Клиника доктора Доберштейн», ИП Доберштейн Юлия Сергеевна

<b>Налоговый период (год)</b>											
<b>Данные налогоплательщика:</b>											
<b>Фамилия</b>	_____										
<b>Имя</b>	_____										
<b>Отчество</b>	_____										
<b>Телефон</b>											
<b>Дата рождения</b>	« ____ » _____ г.										
<b>ИНН</b>											
<b>Документ, удостоверяющий личность:</b>											
<b>Вид документа</b>	_____										
<b>Серия / Номер</b>	_____ / _____										
<b>Дата выдачи</b>	« ____ » _____ г.										
<b>Медицинские услуги оказаны (отметить нужно):</b>											
	мне		супругу(е)		сыну		дочери		матери		отцу
<b>Данные пациента (заполняется, если налогоплательщик и пациент разные лица)</b>											
<b>Фамилия</b>	_____										
<b>Имя</b>	_____										
<b>Отчество</b>											
<b>Дата рождения</b>	« ____ » _____ г.										
<b>ИНН</b>											
<b>Документ, удостоверяющий личность:</b>											
<b>Вид документа</b>	_____										
<b>Серия / Номер</b>	_____ / _____										
<b>Дата выдачи</b>	« ____ » _____ г.										
<b>V</b>	<b>Согласен на обработку персональных данных.</b> <b>Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.</b>										
Дата: « ____ » _____ г.						Подпись:					

Справка предоставляется в течение 30 дней со дня подачи заявления (Приказ ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@).