Приложение №2

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в Тамбовском филиале ФГАУ "НМИЦ "МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н. Фёдорова" Минздрава России

от _____

Телефон: _____ e-mail: _____

Фамилия Имя Отчество налогоплательщика	
ИНН	
Дата рождения	
Документ удостоверяющий личность	
Налоговый период (год)	
Медицинские услуги оказаны:	☐ мне ☐ супругу(е) ☐ сыну (дочери) ☐ матери (отцу)
Фамилия Имя Отчество пациента	
ИНН	
Дата рождения	
Документ удостоверяющий личность	
Копия договора (при оказании медицинских услуг до 01.01.2024г)	☐
Обучается по очной форме обучения (до 24 лет) (при оказании медицинских услуг с 01.01.2022г)	☐
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024г). Год _____ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.	
На обработку персональных данных согласен (а)	☐
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.	

Дата _____ Подпись _____

Заявление получено _____ _____ _____
дата подпись Фамилия И.О.

Справка получена _____ _____ _____
дата подпись Фамилия И.О.