Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы для подачи по электронной почте (2024 год и последующие) **

ФИО налогоплательщика			
Дата рождения		Контактный телефон	
Электронная почта			
ИНН		Налоговый период (**год**)	
Паспортные данные	Серия: _____ Номер: _____Дата выдачи: _____		
Кем выдан	_____		

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам (отметить нужное V) **

☐ **мне**			
☐ **моему супругу(е)**			
ФИО, дата рождения			
ИНН		Налоговый период (**год**)	
Паспортные данные	Серия: _____ Номер: _____Дата выдачи: _____		
Кем выдан	_____		
☐ **моим родителям**			
ФИО, дата рождения			
ИНН		Налоговый период (**год**)	
Паспортные данные	Серия: _____ Номер: _____Дата выдачи: _____		
☐ **моим детям**			
ФИО			
Дата рождения		Налоговый период (**год**)	
Паспортные данные/св-во о рождении	Серия: _____ Номер: _____Дата выдачи: _____		

Прошу выдать следующим способом (отметить нужное V) **

☐ **лично мне** ☐ **на электронную почту**	
☐ **направить в налоговый орган в электронной форме (при наличии технической возможности со стороны налогового органа) для медицинских услуг, оказанных в 2024 году и позже**	
☐ **я доверяю получить**	
ФИО доверенного лица	
Паспортные данные	Серия: _____ Номер: _____Дата выдачи: _____
ВНИМАНИЕ!	
	Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия

« ____ » _____20___ г. _____ /_____/

Заявление принял*:
« ____ » _____20___ г. _____ /_____/

*Справочно

Код услуги	Сумма

_____

* - Заполняется администратором клиники при личном посещении.

** - до 14 лет, данные свидетельства о рождении