Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в **Государственном автономном учреждении здравоохранения Республики Коми «Консультативно-диагностический центр»**

От _____

Телефон конт. _____

ФИО НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	_____ _____											
ИНН												
Дата рождения	«____» _____ _____ г.											
При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» **не заполняются**												
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____											
Налоговый период (год)	2024											
Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть): мне, супругу(е), сыну, дочери, матери, отцу												
ФИО ПАЦИЕНТА (если налогоплательщик и пациент разные лица)	_____ _____											
ИНН												
Дата рождения	«____» _____ _____ г.											
При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» **не заполняются**												
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____											
Дата _____ 2024 г	Подпись _____											

Справка получена _____ _____ _____

ДАТА **ПОДПИСЬ** **ФИО**