

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

Убедительная просьба! Заполняйте заявление РАЗБОРЧИВЫМ почерком.

Срок изготовления: до 30 календарных дней

Графы, отмеченные «*», обязательны к заполнению.

ФИО налогоплательщика*			
Дата рождения*		Контактный телефон*	
ИНН*	При заказе справки: — за 2024 год и позже — ИНН указывать не требуется; — за 2023 год и ранее — ИНН налогоплательщика обязателен.		
Налоговый период (год/годы)*			
Паспортные данные налогоплательщика*	Серия _____ Номер _____ Кем выдан _____		
	Дата выдачи _____ код подразделения _____		
Адрес по прописке*			

Справку об оплате медицинских услуг, оказанных следующим лицам

(отметить нужное)

<input type="checkbox"/> мне	
<input type="checkbox"/> моему супругу (е)	
ФИО, дата рождения, серия, номер паспорта, дата выдачи*	
<input type="checkbox"/> моим родителям	
ФИО, дата рождения, серия, номер паспорта, дата выдачи*	
ФИО, дата рождения, серия, номер паспорта, дата выдачи*	
<input type="checkbox"/> моим детям	
ФИО, дата рождения, серия, номер свидетельства о рождении ИЛИ паспорта, дата выдачи*	
ФИО, дата рождения, серия, номер свидетельства о рождении ИЛИ паспорта, дата выдачи*	
ФИО, дата рождения, серия, номер свидетельства о рождении ИЛИ паспорта, дата выдачи*	

Как удобнее получить уведомление о готовности:

получить СМС

уведомить звонком

Дата подачи заявления: _____

Справку получил(а) _____ дата _____
_____ ФИО _____
_____ Подпись _____
<u>ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ!</u>