

от _____

(ФИО пациента/ представителя несовершеннолетнего пациента полностью)

контактный телефон _____

Заявление

о предоставлении справки об оплате медицинских услуг

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг, оказанных за период _____

☐

мне лично: дата рождения _____, ИНН _____

паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____

№ амбулаторной карты (заполняется сотрудником клиники) _____

☐

моим детям в возрасте до 18 лет:

ФИО _____

(фамилия, имя, отчество, несовершеннолетнего ребенка, полностью)

Дата рождения: _____ ИНН ребёнка (при наличии) _____

свидетельство о рождении: серия _____ № _____ дата выдачи _____

№ амбулаторной карты (заполняется сотрудником клиники) _____;

ФИО _____

(фамилия, имя, отчество, несовершеннолетнего ребенка, полностью)

Дата рождения: _____ ИНН ребёнка (при наличии) _____

свидетельство о рождении: серия _____ № _____ дата выдачи _____

№ амбулаторной карты (заполняется сотрудником клиники) _____;

В качестве получателя вычета (налогоплательщика) прошу указать:

(заполнять если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом)

ФИО (полностью) _____

дата рождения _____ ИНН _____,

паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____ степень родства* _____

Способ получения справки

(лично или заказным письмом с уведомлением
(письмо отправляется за счёт заявителя, указать адрес)

Приложение:

- копия документа, подтверждающего произведенные расходы

*- копия документа, подтверждающего степень родства:

- свидетельство о рождении ребенка – если оплачены расходы на ребенка в возрасте до 18 лет;
- свидетельство о браке – если оплачены расходы на супруга(и);
- свидетельство о рождении – если оплачены расходы на родителей.

(дата)

(подпись заявителя / пациента)

(расшифровка подписи)

(дата)

(подпись сотрудника, принявшего заявление)

(расшифровка подписи)