

Генеральному директору ООО «Медпроект» -
Управляющего ООО «Бальнеоклиника»
Тимершину Айрату Нарисовичу

От налогоплательщика:

(ФИО полностью)

Дата рождения: _____

Паспорт: _____
(серия) (номер)

Выдан _____

(кем выдан)

Дата выдачи « _____ » _____ 20__ г.

Адрес регистрации: _____

(для отправления справки Почтой России)

ИНН _____

Тел. _____

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг
для предоставления в налоговый орган**

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг за 2024 г. для предоставления в налоговый орган.

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом (данные пациента заполнять не нужно)

Данные пациента:

ФИО (полностью) _____

Дата рождения: _____

Паспортные данные: серия _____ номер _____, дата выдачи _____

кем выдан _____

ИНН _____

(Для ребенка: свидетельство о рождении: серия _____ номер _____

дата выдачи _____).

Подписывая настоящее заявление, я даю согласие на обработку персональных данных в соответствии с законодательством РФ. Достоверность указанных сведений подтверждаю.

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)