

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

ФИО налогоплательщика			
Дата рождения		Конт. телефон	
Паспортные данные налогоплательщика	Номер/серия _____ кем выдан _____		
	дата выдачи _____		
Адрес по прописки			
ИНН			
Налоговый период (год)			

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам

(отметить нужное)

	<input type="checkbox"/> мне
	<input type="checkbox"/> моему супругу (е)
ФИО, дата рождения	
	<input type="checkbox"/> моим родителям
ФИО, дата рождения	
ФИО, дата рождения	
	<input type="checkbox"/> моим детям
ФИО, дата рождения	
ФИО, дата рождения	
ФИО, дата рождения	

прошу выдать следующим способом

(отметить нужное)

	<input type="checkbox"/> лично мне
	<input type="checkbox"/> я доверяю получить
ФИО доверенного лица	
паспортные данные доверенного лица	номер _____ кем выдан _____ дата выдачи _____

ВНИМАНИЕ!

V	Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данных третьих лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия.
----------	--

дата _____

подпись _____