Главному врачу ООО «Клиника Сахбиевых»

 Сахбиевой Н.И.

 От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Фамилия, инициалы

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

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО налогоплательщикаполностью |  |
| Дата рождения |  | Телефон: |  |
| ИНН |  |
| Налоговый период (год) |  |
| Сумма |  |

**Прошу выдать Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам:**  (отметить нужное )

|  |
| --- |
|   ** мне**  |
|   ** моему супругу (е)**  |
| ФИО, дата рождения |  |
|   ** моим родителям**  |
| ФИО, дата рождения |  |
| ФИО, дата рождения |  |
|   ** моим детям**  |
| ФИО, дата рождения |  |
| ФИО, дата рождения |  |
| ФИО, дата рождения |  |

  **Прошу выдать следующим способом**

 (отметить нужное )

|  |
| --- |
|   ** лично мне** |
|   ** 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_