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 налогоплательщика  полностью |  | | |
| 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_