

ФИО заявителя _____
Дата рождения _____
Адрес регистрации _____

Контактный телефон _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СПРАВКИ (СВЕДЕНИЙ) ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

1. ФИО подопечного (пациента) _____

Дата рождения _____ ИНН _____

Паспортные данные:

Наименование документа _____ серия и номер _____ кем выдан _____

_____ дата выдачи _____ код подразделения _____

2. ФИО налогоплательщика _____

Дата рождения _____ ИНН _____

Паспортные данные:

Наименование документа _____ серия и номер _____ кем выдан _____

_____ дата выдачи _____ код подразделения _____

Форма родства Налогоплательщика по отношению к Подопечному (Пациенту):

Супруг (а), Сын/Дочь, Мать/Отец (Нужное подчеркнуть)

За период: _____ г.

Документ прошу (нужное отметить):

Выдать на руки

Предоставить в налоговый орган в электронном виде (доступно за период не ранее 2024 г.)

_____/_____

(подпись заявителя)

Дата принятия заявления _____ г.

_____/_____

(подпись лица, принявшего заявление)

(ФИО лица, принявшего заявление)