

Главному врачу ГАУЗ АО
«Городская поликлиника № 4»
Гулевич М.П.

от _____

тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

Данные налогоплательщика: ФИО

Дата рождения _____ ИНН _____

Паспорт: Серия _____ № _____ Дата выдачи _____

_____ Кем выдан _____

Телефон _____

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом

_____ (да, нет)

Данные пациента: ФИО

Степень родства налогоплательщику _____

Дата рождения _____ ИНН _____

Паспорт: Серия _____ № _____ Дата выдачи _____

_____ Кем выдан _____

Номер амбулаторной карты _____

Налоговый период (год) _____

Достоверность и полноту предоставленных сведений подтверждаю:

_____/_____
(ФИО, подпись) « _____ » _____ 20 ____ г.

Сведения предоставляются в течение 30 дней со дня подачи заявления (Приказ ФНС России от 08.11.2023 г. № ЕА -7-11/824@)