

Главному бухгалтеру ГБУЗ «РСЦ»

От _____

Адрес: _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне «Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги» за 202__ год

Место оказания услуг:	<input type="checkbox"/> - отделение взрослой стоматологии / ул. Гоголя, 10	
	<input type="checkbox"/> - отделение детской стоматологии / ул.Калинина, 51 А	
НАЛОГООПЛАТЕЛЬЩИК	Ф.И.О. _____	
	Дата рождения: _____ ИНН : _____	
	<i>При отсутствии номера ИНН- указать документ, удостоверяющий личность:</i>	
	Вид: _____ Серия _____ Дата выдачи: _____ № _____	
Медицинские услуги оказаны:	<input type="checkbox"/> - мне <input type="checkbox"/> - супруге(гу) <input type="checkbox"/> - матери <input type="checkbox"/> - отцу <input type="checkbox"/> - сыну <input type="checkbox"/> - дочери	
ПАЦИЕНТ <i>заполняется, если налогоплательщик и пациент разные лица</i>	Ф.И.О. _____	
	Дата рождения: _____ ИНН : _____	
	<i>При отсутствии номера ИНН- указать документ, удостоверяющий личность:</i>	
	Вид: _____ Серия _____ Дата выдачи: _____ № _____	

Прошу, в течение 30 календарных дней после дня подачи заявления* (*выбрать **ОДНО** из действий*):

- Выдать на руки при личном получении на месте
- Отправить скан-копию справки на электронную почту, Адрес _____
- Предоставить сведения в налоговый орган в электронной форме

Дополнительная информация о полученных услугах (указать только: год, месяц, день приёма, Ф.И.О. врача . вид приёма) : _____

Дата: _____ ФИО _____ Подпись _____

Поле для служебных замечок:

Заявление принято: « ____ » _____ 202__ г. / Принял _____

* Приказ ФНС России от «08» ноября 2023 г. № ЕА-7-11/824@ (Приложение № 4)