

Главному врачу
КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»
В.В. Ральникову

заявление на выдачу справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы
Российской Федерации

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган
за _____ год, в котором осуществлялись соответствующие расходы за оказанные медицинские услуги
в КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»

Фамилия, Имя, Отчество налогоплательщика (полностью)	_____
ИНН или данные документа, удостоверяющего личность (наименование документа, серия и номер, дата выдачи)	
Дата рождения налогоплательщика	_____ год
Налоговый период (год)	За 202__ год
Контактный номер телефона	
Адрес электронной почты	

Мне (нужное отметить **V**)

Моему супругу

Моим родителям

Моим детям (подопечным)

ФИО полностью	Дата рождения	ИНН, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи)

Свидетельство о браке, свидетельство о рождении (серия, номер, дата выдачи)		

Согласен (на) на обработку персональных данных

Подписывая настоящее заявление, достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении подтверждаю.

(дата)

подпись / _____
ФИО

Справка получена

дата

подпись

Фамилия И.О.