

Период оказания услуг: до 01.01.2024 года
Заявитель: физическое лицо,
оплатившее услуги (в том числе если
плательщик и пациент являются одним
лицом)

Заместителю директора
по лечебной работе
ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна»
Минздрава России
Ластевскому А.Д

ОТ

(фамилия)

(имя)

(отчество)

(дата рождения)

ИНН:

Документ удостоверяющий личность:

указать наименование документа, удостоверяющего личность, его серию

и номер, наименование органа, выдавшего указанный документ и дату его

выдачи

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫДАЧЕ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В НАЛОГОВЫЕ ОРГАНЫ РФ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг, оказанных в период
с _____ ПО _____
(указать период, за который требуется справка)

пациенту _____
(указать Ф.И.О. полностью получателя медицинских услуг)

дата рождения _____ ИНН _____

документ удостоверяющий личность _____
указать наименование документа, удостоверяющего
личность

№ _____ ВЫДАН _____
указать № документа, удостоверяющего личность и наименование органа, выдавшего указанный документ

дата выдачи документа, удостоверяющего личность _____

(дата)

(подпись)

Документы прошу выдать:

лично

доверенному лицу _____
(Ф.И.О., дата рождения доверенного лица)

выслать Почтой России по адресу: _____

направить по электронной почте: _____
(адрес электронной почты)

В случае, если данные ИНН и/или документа, удостоверяющего личность пациента, в заявлении не указаны, в справке об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган будут указаны, данные, содержащиеся в заключенном договоре на оказание платных медицинских услуг.