



MagicDent

стоматологическая клиника

**Стоматологическая
клиника
МЕДЖИКДЕНТ**

**Заявление
о выдаче справки об оплате медицинских услуг**

В соответствии с НК РФ прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в следующем формате (выбрать необходимый):

- на бумажном носителе
- в электронной форме (направляется непосредственно в налоговый орган)

Период, в котором оказывались медицинские услуги и были понесены расходы на лечение _____ г.

ФИО

пациента _____

Дата рождения _____

ИНН _____

Документ, удостоверяющий личность (заполняется при отсутствии ИНН):

серия _____ номер _____ дата выдачи _____

ФИО

налогоплательщика _____

Степень родства (если пациент и налогоплательщик разные лица) _____

Дата рождения _____

ИНН _____

Документ, удостоверяющий личность (заполняется при отсутствии ИНН):

серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Телефон _____

Дата _____

Подпись _____

Справка предоставляется в течение 30 календарных дней после подачи заявления налогоплательщиком.

Заявление принял администратор _____

(дата, подпись)