Главному бухгалтеру

АО «Первая оптическая компания»

Жирновой Н.А.

От_____

_____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

На выдачу справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг за ☐☐☐☐ год

Данные физического лица (его супруга / супруги), оплатившего медицинские услуги:

Фамилия

Имя

Отчество[1]

ИНН[2] Дата рождения ☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа* Серия и номер

Дата выдачи ☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом ☐ 0 – нет 1 – да

Сумма расходов на оказанные медицинские услуги по коду услуги «1» ☐☐☐☐☐☐☐ . ☐☐

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги:

Фамилия

Имя

Отчество[1]

ИНН[2] Дата рождения ☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа* Серия и номер

Дата выдачи ☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

1 – Отчество указывается при наличии (относится ко всем листам документа).
2 – ИНН указывается при наличии.

*Код	Наименование документа
21	Паспорт Гражданина РФ
03	Свидетельство о рождении

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю:

_____ (подпись) ☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐