

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче справки для предоставления в налоговый орган сведений о фактических расходах налогоплательщика за оказанные услуги, необходимых для получения социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «БЭБИ ДЕНТ» (*- обязательно к заполнению, ** до 14 лет, данные свидетельства о рождении)

*От _____

Фамилия, Имя, Отчество

*Телефон контактный _____ Е-mail _____

*Фамилия Имя Отчество налогоплательщика		
*ИНН		
*Дата рождения налогоплательщика		
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____Номер _____Дата выдачи _____	
*Налоговый период / Год		
*Фамилия Имя Отчество пациента		
*ИНН пациента		
*Дата рождения пациента		
**Документ, Удостоверяющий личность пациента	Вид документа _____ Серия _____Номер _____Дата выдачи _____	
☐ Прошу выдать справку на руки в ООО «БЭБИ ДЕНТ» по адресу 440066, Россия, Пензенская область, г. Пенза, ул. Тернопольская, д. 18, офис 1А. ☐ Прошу направить справку письмом по Почте России по адресу: _____		
*На обработку персональных данных согласен (а)	Да ☐	Нет ☐
Для рассмотрения и исполнения настоящего заявления необходимо согласие на обработку персональных данных, указанных в заявлении. Отказ от обработки персональных данных, необходимых для исполнения настоящего может повлечь невозможность его рассмотрения. Настоящим подтверждаю, что данное заявление подписано собственноручно, мои паспортные данные достоверны и позволяют идентифицировать мою личность. Подписывая настоящее Заявление, подтверждаю, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении, предоставляются с их добровольного согласия. Дата «__» _____ 20 ____г. Подпись _____/_____/		