Главному врачу ОГАУЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр им. И.В. Ушакова»

от_____
_____
_____

Заявление

Прошу выдать Справку об оплате медицинских услуг за _____ год для представления в налоговый орган.

Подтверждаю, что мною предварительно заполнены поля:

- Данные физического лица (его супруга/супруги), оплатившего медицинские услуги (далее — налогоплательщик):
  - Фамилия_____;
  - Имя_____;
  - Отчество_____;
  - Дата рождения _____;
  - ИНН или Сведения о документе, удостоверяющем личность (Код вида документа, Серия и номер, Дата выдачи) при отсутствии ИНН_____;
- Налогоплательщик и пациент являются одним лицом (0 — нет, 1 — да);
- Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (если налогоплательщик и пациент НЕ являются одним лицом):
  - Фамилия _____;
  - Имя_____;
  - Отчество_____;
  - Дата рождения_____;
  - ИНН или Сведения о документе, удостоверяющем личность (Код вида документа, Серия и номер, Дата выдачи) при отсутствии ИНН_____;

Прошу выслать справку по почтовому адресу:

_____

Дата: _____г. _____/_____

(подпись) (расшифровка)