

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг в ООО «ЛОР Клиника плюс 1 в Сити» для предоставления  
в налоговые органы**

ФИО налогоплательщика			
Дата рождения		Телефон	
ИНН			
Налоговый период (год)			

**Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам (отметить нужное)**

<input type="checkbox"/> <b>Мне</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Моему супругу(е)</b>	
ФИО, дата рождения	
ИНН / сведения о документе удостоверяющем личность	
<input type="checkbox"/> <b>Моим родителям</b>	
ФИО, дата рождения	
ИНН / сведения о документе удостоверяющем личность	
<input type="checkbox"/> <b>Моим детям</b>	
ФИО, дата рождения	
ИНН / сведения о документе удостоверяющем личность	
ФИО, дата рождения	
ИНН / сведения о документе удостоверяющем личность	

**Прошу выдать следующим способом (отметить нужное)**

<input type="checkbox"/> <b>Лично мне</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Направить на электронную почту</b>	
Адрес электронной почты	
<input type="checkbox"/> <b>Я доверяю получить</b>	
ФИО доверенного лица	
Паспортные данные доверенного лица	

**Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении предоставляете с их добровольного согласия.**

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг в ООО «ЛОР Клиника плюс 1 в Сити» для предоставления в налоговые органы принял администратор \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_