



**ООО «Центр стоматологического здоровья»**  
ИНН/КПП2225123069/222501001 ОГРН 1112225008939

Генеральному директору  
ООО «Центр стоматологического здоровья»  
Калининой Ж.П.

**Заявление**  
**о выдаче справки об оплате медицинских услуг**  
**для представления в налоговый орган**  
**в \_\_\_\_\_ виде**  
*бумажном/электронном*

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| Отчетный период | _____ год |
|-----------------|-----------|

| Данные плательщика                                    |   |
|---|---|
| Фамилия   |   |
| Имя   |   |
| Отчество  |   |
| ИНН   |   |
| Дата рождения   |   |
| Документ  | Паспорт   |
| Серия   |   |
| Номер   |   |
| Дата выдачи   |   |
| Контактный телефон                                    |   |
| Данные лица, которому были оказаны медицинские услуги |   |
| Фамилия   |   |
| Имя   |   |
| Отчество  |   |
| ИНН (при наличии)                                     |   |
| Дата рождения   |   |
| Документ  | Паспорт / Свидетельство о рождении (нужное подчеркнуть) |
| Серия   |   |
| Номер   |   |
| Дата выдачи   |   |

- ✓ Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что все персональные данные третьих лиц, указанные мною в данном заявлении, я предоставляю с их добровольного согласия;
- ✓ Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю;
- ✓ Я проинформирован, что срок оформления справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган составляет не более 30 дней с момента обращения.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_