

Главному врачу ОГАУЗ «Иркутский
областной клинический консультативно-
диагностический центр

от (ФИО) _____

дата рождения: _____

ИНН: _____

конт. телефон: _____

номер карты ИДЦ: _____

Заявление

Прошу выдать Справку об оплате медицинских услуг за _____ год для представления в налоговый орган согласно Приложению №1.

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;
- Дата и подпись.

Прошу выслать справку по почтовому адресу: _____

Дата: _____ г.

_____/_____

(подпись)

(расшифровка)