

Главному врачу КОГБУЗ «Кировский
областной клинический перинатальный
центр»
Семеновскому Н.В.

610048, город Киров, ул. Московская, 163

От _____ ФИО налогоплательщика _____
Контактный телефон: _____
E-mail _____

заявление.

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг в КОГБУЗ «КОКПЦ» для предоставления в налоговые органы Российской Федерации

(поля помеченные *- обязательны к заполнению)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| * Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА | | | | | | | | | | | | | | |
| *ИНН налогоплательщика | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| *Дата рождения налогоплательщика | _____ . _____ . _____ г. | | | | | | | | | | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность | Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ . _____ год | | | | | | | | | | | | | |
| *Налоговый период/год | | | | | | | | | | | | | | |
| Медицинские услуги оказаны | _____ мне, _____ супруге (у) _____ сыну (дочери), _____ матери (отцу) | | | | | | | | | | | | | |
| *Фамилия Имя Отчество пациента | | | | | | | | | | | | | | |
| *ИНН пациента | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| *Дата рождения пациента | _____ . _____ . _____ г. | | | | | | | | | | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность | Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ . _____ год | | | | | | | | | | | | | |
| *Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024 г.) Сумма расходов на оказанные медицинские услуги составляет _____ руб. | | | | | | | | | | | | | | |
| *На обработку персональных данных согласен (а) <input type="checkbox"/> _____ подпись | | | | | | | | | | | | | | |
| Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия. | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата _____ | Подпись _____ | | | | | | | | | | | | | |

Заявление получено

Дата

подпись специалиста

Ф.И.О.

Справка получена

Дата

подпись

Ф.И.О.

Главному врачу КОГБУЗ «Кировский
областной клинический перинатальный
центр»
Семеновскому Н.В.

610048, г. Киров, ул. Московская,163

От ____ ФИО налогоплательщика _____
Контактный телефон: _____
E-mail _____

заявление.

Прошу заменить ранее выданную Справку от _____ за номером _____ в связи с неверным отражением сведений о налогоплательщике.

Во вновь выданной Справке об оплате медицинских услуг в КОГБУЗ «КОКПЦ» налогоплательщиком указать _____ ФИО налогоплательщика _____.

Я предупреждена об уголовной ответственности за мошенничество с использованием поддельного официального документа (ч. 1 ст. 327, ст. 159 УК РФ).

Приложение:

1. Справка об оплате медицинских услуг в КОГБУЗ «КОКПЦ» от № _____ на 1 л. в 1 экз.

Число

подпись / расшифровка подписи