



Директору ООО «ШарьяМед»
Шадриной Светлане Алексеевне

от налогоплательщика _____
ФИО налогоплательщика полностью

Дата рождения _____

ИНН _____

Телефон _____

Заявление на получение справки
для представления в налоговый орган

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы
Услуги оказывались и были оплачены мною:

Мне лично _____

Период (год) _____

Супруге (у) — указать ФИО полностью, дату рождения, ИНН *или* серию, номер паспорта и дату выдачи

Период (год) _____

Сыну/дочери - указать ФИО полностью, дату рождения, ИНН *или* серию, номер паспорта/св-ва о рождении
и дату выдачи

Период (год) _____

Отцу/матери - указать ФИО полностью, дату рождения, ИНН *или* серию, номер паспорта и дату выдачи

Период (год) _____

Способ получения документов (*нужное подчеркнуть*): лично в руки, электронной почтой

указать адрес эл.почты печатными буквами

Справку об оплате медицинских услуг предоставляю в налоговые органы самостоятельно (Прил.№4 п.2)
Сведения предоставляются в течении **30 дней** со дня подачи заявления (Прил. №4 п.3)
(Приказ ФНС от 08.11.2023 г. № ЕА-7-11/824@)

*на обработку персональных данных согласен(а)

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

Дата _____

Подпись _____

*подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии
с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также
подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их
добровольного согласия.