

Заявление

заполнять разборчиво

печатными буквами

- на каждого пациента заполняется

отдельное заявление

- за каждый год заполняется

отдельное заявление

- все поля являются обязательными
для заполнения

От _____
(Фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

Дата рождения _____

Паспорт серия _____ № _____

Дата выдачи _____

ИНН _____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг по форме, утвержденной Приказом ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@, в отношении пациента:

☐ меня лично

☐ моего/моей _____

(указать степень родства с заявителем: жена, муж, сын, дочь, мать, отец)

Период, за который выдается справка (отдельно за каждый год) _____

Сведения о пациенте (заполняются, если пациент и заявитель – не одно лицо):

Фамилия, имя, отчество _____
(полностью печатными буквами)

Дата рождения _____

Свидетельство о рождении _____

Дата выдачи _____

Паспорт серия _____ № _____ дата выдачи _____

ИНН _____

Я уведомлен(а), что максимальный срок выдачи готовой справки – 30 календарных дней.

Я уведомлен(а), что мне может быть отказано в выдаче справки, если невозможно прочитать текст, цифры и символы, а также заявление содержит некорректную информацию.

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: _____