В бухгалтерию СПб ГБУЗ СП № 32

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **От** | | | | | | | | | | | |
| **ФИО налогоплательщика полностью** | | | | | | | | | | | |
| **Дата рождения** | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Паспортные данные** (при наличии ИНН не заполняются) | | | | | | | | | | | |
| Серия | | | | Номер | | | | Дата выдачи | | | |
| **Адрес** | | | | | | | | | | | |
| Электронная почта | | | | | | | | | | | |
| Телефон | | | | | | | | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации за **202**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год(ы)

**«V»** – отметить нужное

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **– за мое лечение** | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | – **за лечение супруга/супруги** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Фамилия, имя, отчество супруга/супруги **полностью, дата рождения** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| паспорт | | | | | | | | | | ИНН | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (серия, номер, когда выдан) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | – **за лечение сына/дочери** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | Фамилия, имя, отчество сына/дочери **полностью, дата рождения** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| свидетельство о рождении | | | | | | | | | | ИНН | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (серия, номер, когда выдано) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | – **за лечение сына/дочери** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | Фамилия, имя, отчество сына/дочери **полностью, дата рождения** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| свидетельство о рождении | | | | | | | | | | ИНН | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (серия, номер, когда выдано) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | – **за лечение матери/отца** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | Фамилия, имя, отчество матери/отца **полностью, дата рождения** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| паспорт | | | | | | | | | | ИНН | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (серия, номер, когда выдан) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | – **за лечение матери/отца** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | Фамилия, имя, отчество матери/отца **полностью, дата рождения** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| паспорт | | | | | | | | | | ИНН | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (серия, номер, когда выдан) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| « |  | | » |  | 20 |  | | г. | Подпись: | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | число | |  | месяц |  | год | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | |

**При заполнении ИНН данные паспорта (свидетельства о рождении) не заполняются**

**СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 32»**

Справка будет готова \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, получить можно в каб.101 (бухгалтерия), при личном посещении заявителя или доверенного лица с 9.30 до 17.30, а также в любой **вторник или четверг** после указанной даты **с 9.30 до 17.30**. Справки за 2024г. направляются в личный кабинет налогоплательщика.