ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ НА КАЖДОГО <u>ПАЦИЕНТА</u>

"Мира"

Соколовой С.С.

ОТ _____

Фамилия, инициалы

Налогоплательщик на чье имя делается справка

фамилия

имя

отчество

ИНН налогоплательщика

Дата рождения . .

Сведения о документе, удостоверяющем личность

Код вида документа

Серия и номер

Дата выдачи . .

ДАННЫЕ НЕ ЗАПОЛНЯЮТСЯ, ЕСЛИ НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК И ПАЦИЕНТ ОДНО ЛИЦО

фамилия

ПАЦИЕНТ

имя

отчество

ИНН пациента, заполяется при наличии

Дата рождения . .

Сведения о документе, удостоверяющем личность (не заполняется при наличии ИНН пациента)

Код вида документа

Серия и номер

Дата выдачи . .

20____ год _____

дата подпись

Справку отправить в ИФНС электронно по ЭДО ☐

Справку получу лично в медофисе ☐

Направить на электронную почту (выбирая данный способ получения Справки, я даю согласие на то, что Справка будет направлена мне **по указанному адресу электронной почты с использованием незащищенных каналов связи**) ☐