

ООО «Доктор знает», в лице директора  
ООО управляющая компания «Форте  
Менеджмент» Черниковой Д.Н. ,  
действующей на основании Устава  
и решения участников ООО «Доктор знает»  
от 21.04.2023г.

**Заявление на выдачу справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации**

**Данные налогоплательщика**

1. Ф.И.О. налогоплательщика \_\_\_\_\_

2. ИНН налогоплательщика \_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_

4. Серия и номер паспорта \_\_\_\_\_

5. Дата выдачи паспорта \_\_\_\_\_

**Данные пациента**

1. Ф.И.О. пациента (полностью) \_\_\_\_\_

2. ИНН пациента \_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_

4. Серия и номер паспорта или свидетельства о рождении \_\_\_\_\_

5. Дата выдачи документа \_\_\_\_\_

1. Ф.И.О. пациента (полностью) \_\_\_\_\_

2. ИНН пациента \_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_

4. Серия и номер паспорта или свидетельства о рождении \_\_\_\_\_

5. Дата выдачи документа \_\_\_\_\_

1. Ф.И.О. пациента (полностью) \_\_\_\_\_

2. ИНН пациента \_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_

4. Серия и номер паспорта или свидетельства о рождении \_\_\_\_\_

5. Дата выдачи документа \_\_\_\_\_

1. Ф.И.О. пациента (полностью) \_\_\_\_\_

2. ИНН пациента \_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_

4. Серия и номер паспорта или свидетельства о рождении \_\_\_\_\_

5. Дата выдачи документа \_\_\_\_\_

Год оказания медицинской услуги с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_