**Заявление**

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в

налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в **ООО «МОРСЕль»**

\*От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \*Фамилия, Имя, Отчествоналогоплательщика |  |
| \*ИНН налогоплательщика |  |
| \*Дата рождения налогоплательщика |  |
| Документ, удостоверяющийличность налогоплательщика(требуется в случае, если не указанИНН налогоплательщика) | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Серия \_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ год |
| \*Налоговый период/год |  |
| \*Медицинские услуги оказаны(нужное подчеркнуть) | мне, супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу) |
| \*Фамилия, Имя, Отчество пациента |  |
| \*Дата рождения пациента |  |
| \*ИНН пациента |  |
| \*Документ, удостоверяющийличность пациента (требуется вслучае, если не указан ИННпациента) | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Серия \_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ год |
| Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачейсправки (при оказании услуг после 01.01.2024 г.)Сумма расходов на оказанные медицинские услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. |
| \*На обработку персональныхданных согласен(а) | □ поставить галочку |
| **Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц,****указанных в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия**. |
| **Предпочтительная форма получения Справки:**1. Очно в кассе клиники2. Почтовым отправлением по адресу (индекс, адрес) |
| Дата  | Подпись |

Заявление получено \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата подпись  ФИО

Справка получена \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата подпись  ФИО