**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, Отчество  налогоплательщика |  |
| \*ИНН налогоплательщика |  |
| \*Дата рождения налогоплательщика |  |
| Документ, удостоверяющий  личность налогоплательщика  (требуется в случае, если не указан  ИНН 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, удостоверяющий  личность пациента (требуется в  случае, если не указан ИНН  пациента) | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия \_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ год |
| Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей  справки (при оказании услуг после 01.01.2024 г.)  Сумма расходов на оказанные медицинские услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. | |
| \*На обработку персональных  данных 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 клиники  2. Почтовым отправлением по адресу (индекс, адрес) | |
| Дата | Подпись |

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

Дата подпись  ФИО

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

Дата подпись  ФИО