**Заявление**

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Клиника «Вита Авис». (\* - обязательно к заполнению)

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

Фамилия Имя Отчество

\*Тел.контактный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \*Фамилия Имя Отчество налогоплательщика |   |
| \*ИНН |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |
| Дата рождения налогоплательщика |  \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| Документ, удостоверяющий личность |  Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  Серия \_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Дата выдачи "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год |
| \*Налоговый период/год |   |
| Медицинские услуги оказаны |

|  |
| --- |
|  мне супруге(у) сыну (дочери) матери (отцу) |

 |
| \*Фамилия Имя Отчество пациента |   |
| \*ИНН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Дата рождения пациента |  \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| Документ, удостоверяющий личность |  Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  Серия \_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Дата выдачи "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год |
| Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024г.) |
| ГОД \_\_\_\_\_\_ |
| Сумма расходов на оказанные медицинские услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. |
| \*На обработку персональных данных согласен(а) |
| **Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.**  |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Заявление получено  |   |   |   |  |   |
|  | Дата |  | Подпись |  | Фамилия И О |
| Справка получена |   |  |   |  |   |
|  | Дата |  | Подпись |  | Фамилия И О |