Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг в ООО «МЕДФАРМКЛИНИК» для предоставления в налоговые органы

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО налогоплательщика** |  |
| Дата рождения |  | Контактный телефон |  |
| **ИНН** |  | Налоговый период (**год**) |  **2022 |  2023  2024** |
| Паспортные данные | Серия: \_\_ Номер: Дата выдачи: |

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам

(отметить нужное )

|  |
| --- |
|  **мне** |
|  **моему супругу(е)** |
| **ФИО,** дата рождения |  |
| **ИНН** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные | Серия: Номер: Дата выдачи: |
|  **моим родителям** |
| **ФИО,** дата рождения |  |
| **ИНН** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные | Серия: Номер: Дата выдачи: |
| **ФИО,** дата рождения |  |
| **ИНН** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные | Серия: Номер: Дата выдачи: |
|  **моим детям** |
| **ФИО** |  |
| **Дата рождения** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные \*\* | Серия: Номер: Дата выдачи: |
| **ФИО** |  |
| **Дата рождения** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные \*\* | Серия: Номер: Дата выдачи: |
| **ФИО** |  |
| **Дата рождения** |  | Налоговый период (**год**) |  |
| Паспортные данные \*\* | Серия: Номер: Дата выдачи: |

**Прошу выдать следующим способом**

(отметить нужное )

|  |
| --- |
|  **лично мне** |
|  **направить на электронную почту по адресу** |
|  Эл.Адрес |  |
|  **я доверяю получить** |
| **ФИО доверенного лица** |  |
| Паспортные данные | Серия: Номер: Дата выдачи: |
| **ВНИМАНИЕ!** |
| v | Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении, вы предоставляете с их добровольного согласия |

«\_\_\_» 2024 г. подпись / /

|  |
| --- |
| Заявление принял « » 20 г. / / \* |
| \* - Заполняется администратором клиники |
| \*\* - до 14 лет, данные свидетельства о рождении |

Настоящим ООО «МЕДФАРМКЛИНИК» предупреждает Заявителя о возможности несанкционированного доступа иных лиц к сведениям, содержащим врачебную тайну в случае направления заявителем настоящего обращения посредством электронной почты, равно как и при отправлении заявителю готовых документов посредством электронной почты.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (согласие, подпись Заявителя)

Я уведомлен о том, что максимальный срок выдачи запрашиваемой справки составляет 30 календарных дней с даты подачи настоящего заявления. Обращаем ваше внимание на то, что необходимо заполнить ВСЕ строки заявления. Частично заполненные заявления к обработке не принимаются.