

Директору ООО «Мой Доктор»

ФИО заявителя \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

телефон +7 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ

**об оплате медицинских услуг в ООО «Мой Доктор» для представления в налоговый орган**

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг за период: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ для представления в налоговый орган.

Сообщаю следующие данные:

Данные ПАЦИЕНТА (получателя медицинских услуг):

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

серия и номер паспорта \_\_\_\_\_ дата выдачи паспорта \_\_\_\_\_

**если пациент ребенок (не имеющий паспорта), то**

серия и номер свидетельства о рождении \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Пациент и налогоплательщик является одним лицом

- нет

- да

Если НЕТ, то

Данные НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (получателя налогового вычета) :

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

серия и номер паспорта \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

**Степень родства с пациентом (нужное подчеркнуть):**

супруг (супруга), сын (дочь) до 18 лет, отец (мать).

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю.

Мне разъяснено, что выдача документов производится лично заявителю, при условии предъявления документа, удостоверяющего личность.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /<sup>1</sup>  
подпись ФИО

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

<sup>1</sup> подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия