

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.

_____/_____/_____¹
подпись ФИО

«____» _____ 202__ г.

¹ 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