

от _____

(ФИО пациента/ представителя несовершеннолетнего пациента полностью)

контактный телефон _____

Заявление**о предоставлении справки об оплате медицинских услуг**

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг, оказанных за период_____

 мне лично: дата рождения _____, ИНН _____

паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____

№ амбулаторной карты (*заполняется сотрудником клиники*) _____ **моим детям в возрасте до 18 лет:****ФИО** _____
(фамилия, имя, отчество, несовершеннолетнего ребенка, полностью)**Дата рождения:** _____ ИНН ребёнка (при наличии) _____**свидетельство о рождении:** серия _____ № _____ дата выдачи _____№ амбулаторной карты (*заполняется сотрудником клиники*) _____;

Бумажный вариант справки Медицинская организация не предоставляет. В соответствии со статьей 219 п.3 НК РФ Организация самостоятельно передает справку в налоговые органы в электронном виде. Срок изготовления справки и передачи в налоговую инспекцию до 30 календарных дней. Информацию в «Личном кабинете налогоплательщика для физических лиц» необходимо отслеживать самостоятельно.

В качестве получателя вычета (налогоплательщика) прошу указать:**(заполнять если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом)****ФИО (полностью)** _____

дата рождения _____ ИНН _____,

паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____ степень родства _____

Подписывая данное заявление, Вы даёте согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.

(дата)_____
(подпись заявителя)_____
(расшифровка подписи)_____
(дата)_____
(подпись сотрудника, принявшего заявление)_____
(расшифровка подписи)

ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ _____

Дата передачи Справки в ФНС РФ по каналам ТКС _____ (заполняет бухгалтер)