

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)