

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*) \_\_\_\_\_;**ФИО** \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, несовершеннолетнего ребенка, полностью)

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_ **ИНН** ребёнка (при наличии) \_\_\_\_\_**свидетельство о рождении:** серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ **дата выдачи** \_\_\_\_\_№ амбулаторной карты (*заполняется сотрудником клиники*) \_\_\_\_\_;**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** \_\_\_\_\_**Способ получения справки**(лично или **заказным письмом** с уведомлением

(письмо отправляется за счёт заявителя, указать адрес)

Приложение:

- копия документа, подтверждающего произведенные расход

\_\_\_\_\_  
(дата)\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)\_\_\_\_\_  
(дата)\_\_\_\_\_  
(подпись сотрудника, принявшего заявление)\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ \_\_\_\_\_