

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) \_\_\_\_\_;

**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

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 \_\_\_\_\_