В бухгалтерию

ООО «Медицинский центр «Прайм Роуз»

Заявление

Прошу предоставит мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Медицинский центр «Прайм Роуз».

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, Имя, Отчество

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество налогоплательщика |  |
| ИНН налогоплательщика |  |
| Дата рождения  налогоплательщика | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. |
| Документ, удостоверяющий личность | Вид документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_год |
| Налоговый период/год |  |
| Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть): | мне, супруге (у), сыну (дочери), матери (отцу) |
| Фамилия Имя Отчество пациента ***(указывается, если налогоплательщик и пациент разные лица)*** |  |
| ИНН пациента при наличии |  |
| Дата рождения  пациента | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. |
| Документ, удостоверяющий личность | Вид документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_год |
| Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024 г.)  ГОД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. | |

Справку об оплате медицинских услуг в налоговые органы предоставляю самостоятельно.

Справку: заберу лично; выслать на электронную почту: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Подписывая данное заявление, я осознаю, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленной справки об оплате медицинских услуг ООО «Медицинский центр Прайм Роуз» ответственности не несет. 2. Подписывая данное заявление, я подтверждаю достоверность сообщённых сведений.

3. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152- ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных в ООО «Медицинский центр Прайм Роуз».

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление получено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подпись Фамилия И.О.

Справка № \_\_\_\_\_\_ получена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подпись Фамилия И.О.