

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг
для предоставления в налоговые органы**

Прошу предоставить мне справку об оплате мной медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в

**ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

*От _____

Фамилия, Имя, Отчество

*Телефон _____ E-mail _____

*Фамилия Имя Отчество налогоплательщика		
*ИНН		
*Дата рождения налогоплательщика		
Документ, Удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____	
*Налоговый период/Год		
Медицинские услуги оказаны	_____ мне, _____ супруге (у) _____ сыну (дочери), _____ матери (отцу)	
*Фамилия Имя Отчество пациента		
*ИНН пациента		
*Дата рождения Пациента		
*Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____	
Прошу выдать справку следующим способом: Лично мне Почта России Почтовый адрес _____ _____		
*На обработку персональных данных согласен (а)		
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.		
Дата « _____ » _____ 20 _____ г. Подпись _____ / _____ /		

Фамилия И. О.

Заявление получено

Дата

подпись

Фамилия И. О.

(* - обязательно к заполнению)