**Заявление**

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр»

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА** |  |
|  |  |
| **ИНН** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Дата рождения** |  |
|  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
|  |
| При заполнении поля «ИНН» раздел «Документ удостоверяющий личность» не заполняется. |
| **Документ удостоверяющий личность** | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Серия |  |  |  |  | Номер |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Дата выдачи |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
|  |
| **Налоговый период (год)** |  |
| **Налогоплательщик и пациент являются/не являются одним лицом (подчеркнуть нужное)****Если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом, заполняются сведения о пациенте:** |  |
| **Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА** |  |
|  |  |
| **ИНН** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Дата рождения** |  |
|  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
|  |
| При заполнении поля «ИНН» раздел «Документ удостоверяющий личность» не заполняется. |
| **Документ удостоверяющий личность** | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Серия |  |  |  |  | Номер |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Дата выдачи |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
|  |
|  **Согласен(а) на обработку персональных данных** |
| **Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Эл. почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данных лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия. |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

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

 дата подпись ФИО

 Справка получена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дата подпись ФИО