**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ**

**об оплате медицинских услуг в ООО «Центр Здоровья Созвездие Красоты» для представления в налоговый орган**

**(начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024 года)**

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг в \_\_\_\_\_\_ году для представления в налоговый орган.

Сообщаю следующие данные:

Данные ПАЦИЕНТА:

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН

серия и номер паспорта дата выдачи ыдачи

Пациент и налогоплательщик является одним лицом

0

-

нет

1

-

да

Если НЕТ, то

Данные НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (его супруга/супруги, сына/дочери, матери/отца):

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН

серия и номер паспорта дата выдачи \_\_\_\_\_\_

Сумма расходов за оказанные медицинские услуги (при наличии

данной информации или согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки).

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

 / / [[1]](#footnote-1)

 подпись ФИО

« » 202\_\_г. тел. +7 (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_- \_\_\_\_\_

1. подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия

Справка получена «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / [↑](#footnote-ref-1)