

**Заявление
о выдаче справки об оплате медицинских услуг
для предоставления в налоговый орган**

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в государственном автономном учреждении здравоохранения «Оренбургский областной клинический центр хирургии и травматологии» (ГАУЗ «ООКЦХТ»)

(Просьба заполнять печатными буквами или разборчивым подчерком)

1. ФИО пациента _____
2. Дата рождения пациента « _____ » _____ г.
3. Паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____ код подразделения _____ дата выдачи _____
4. ИНН пациента: _____
5. Медицинские услуги оказаны: мне, супруге (у), сыну (дочери), матери (отцу)
(нужное подчеркнуть)

В случае, если пациент и налогоплательщик являются одним и тем же лицом, то пункты 6-8 не заполняются.

6. ФИО налогоплательщика *(кто оплачивал медицинские услуги)* _____
7. Дата рождения налогоплательщика « _____ » _____ г.
Паспорт налогоплательщика серия _____ № _____ выдан _____
_____ код подразделения _____ дата выдачи _____
8. ИНН налогоплательщика _____

9. Отчетный период _____
10. Телефон _____
11. Сведения о способе получения запрашиваемой справки *(нужное подчеркнуть)*
- при личном обращении (очно)
- по электронной почте
(при получении справки по электронной почте к заявлению приложить скан-копию паспорта)
12. E-mail *(при получении справки по электронной почте)* _____

13. Настоящим подтверждаю, что данное заявление подписано мною собственноручно, мои паспортные данные достоверны и позволяют идентифицировать мою личность.

14. 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.

Подпись _____ Дата _____