Главному врачу

ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)*

Проживающего(ей)(*адрес с индексом*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ТЕЛ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** |  |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дата рождения** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | **.** |  | |  |  |  |  | **.** |  | | |  | |  | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** |  |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дата рождения** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | **.** |  | |  |  |  |  | **.** |  | | |  | |  | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Документ удостоверяющий личность** | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Серия | | |  | |  | | |  | |  | | Номер | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Дата выдачи | | | | |  | | |  | | **.** | |  | |  | | | **.** | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Обучается по очной форме обучения** (до 24 лет) (при оказании мед услуг после 01.01.2022) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **√**  Подписанием настоящего заявления, в целях его исполнения, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных ГБУЗ СОКОБ им. Т.И. Ерошевского» в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» указанных в настоящем заявлении и его приложениях. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Предпочтительная форма получения справки (нужное подчеркнуть)

1. Очно (обязательно с паспортом)

2. По электронной почте

3. Почтовым отправлением

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

Фамилия И.О. подпись дата

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

Фамилия И.О. подпись дата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО заявителя)

(подпись)