

В целях предоставления в налоговые органы для получения налогового вычета прошу выдать Справку об оплате медицинских услуг.

ИНН налогоплательщика: _____.
ФИО налогоплательщика: _____.
Число, месяц, год рождения налогоплательщика: « ____ » « ____ » « ____ ».
Паспорт налогоплательщика: Серия _____ № _____, когда выдан паспорт « ____ » « ____ » « ____ ».

ФИО и дата рождения пациента, получившего услуги (пациента) *

_____, дата рождения « ____ » _____.

ИНН пациента _____.

Паспорт пациента: Серия _____ № _____, когда выдан паспорт « ____ » _____.

*** В случае если услуги оказывались иному лицу, но плательщиком были Вы**

За какой год нужна Справка? _____

Контактный телефон для сообщения о готовности Справки*: _____

*** Мы сообщим Вам о готовности документов по телефону.**

Дополнительно:

ФИО и дата рождения пациента, получившего услуги (пациента) *

_____, дата рождения « ____ » _____.

ИНН пациента _____.

Паспорт пациента: Серия _____ № _____, когда выдан паспорт « ____ » _____.

*** В случае если услуги оказывались иному лицу, но плательщиком были Вы**

За какой год нужна Справка? _____

Контактный телефон для сообщения о готовности Справки*: _____

*** Мы сообщим Вам о готовности документов по телефону.**

При необходимости!

Прошу Вас выдать Справку доверенному лицу*: ФИО доверенного лица _____

Паспорт: Серия _____ № _____, когда выдан паспорт « ____ » _____.

*** Справка выдается только в случае, если доверенное лицо прописано в Заявлении и при предъявлении доверенным лицом документа, удостоверяющего личность.**

Я ознакомлен с «Политикой обработки персональных данных» в ООО «Прима Медика» по адресу:

<https://prima27.ru/upload/iblock/638/Politika-obrabotki-i-zashchity-personalnykh-dannykh.pdf>.

Даю согласие на обработку персональных данных ООО «Прима Медика» по адресу:

<https://prima27.ru/personal-data/>.

Дата подачи Заявления: « ____ » _____ 202____, _____
« ____ » _____

Подпись **ФИО**

Заявление на предоставление Справки об оплате медицинских услуг принято:

Дата принятия Заявления: « ____ » _____ 202____ г.

Принял сотрудник ООО «Прима Медика» _____

Подпись **ФИО**