Главному врачу ООО «СМЦ»
Катеринчевой О.А.

_____
(ФИО налогоплательщика полностью)

_____

Контактный тел.:_____

Заявление

о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

Прошу Вас выдать справку об оплате медицинских услуг, оказанных лично мне, (супругу(е), дочери, сыну, отцу, матери (нужное подчеркнуть):

ФИО **налогоплательщика**_____
Дата рождения_____ИНН_____
Паспорт Серия _____№_____дата выдачи_____

ФИО пациента_____
Дата рождения_____ИНН_____
Паспорт Серия _____№_____дата выдачи_____
(св-во о рождении)

ФИО пациента_____
Дата рождения_____ИНН_____
Паспорт Серия _____№_____дата выдачи_____
(св-во о рождении)

ФИО пациента_____
Дата рождения_____ИНН_____
Паспорт Серия _____№_____дата выдачи_____
(св-во о рождении)

ФИО пациента_____
Дата рождения_____ИНН_____
Паспорт Серия _____№_____дата выдачи_____
(св-во о рождении)

За период _____ год(ы).

Способ получения отметить (указать только один)*:

Посредством электронной почты** ☐ _____
(указать адрес электронной почты)

Лично ☐

Отправка справки в личный кабинет налогоплательщика ☐

*Срок исполнения справки **30 календарных дней**

****настоящим ООО «Семейный медицинский центр» в г.Ростов-на-Дону предупреждает** заявителя о возможности доступа иных лиц к сведениям, содержащим врачебную тайну в случае направления заявителем настоящего обращения посредством электронной почты, равно как и при отправлении заявителю справки об оплате медицинских услуг посредством электронной почты.

Согласие на обработку персональных данных даю.

« »_____202 г. _____/_____
подпись расшифровка