Приложение №1 к приказу от 11.11.2024г № 111 о/д

Заявление

в ГАУЗ Архангельской области «Коряжемская стоматологическая поликлиника»

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

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО заявителя (налогоплательщик) |  |
| Дата рождения |  |
| ИНН |  |
| Паспортные данные (если нет инн) | Серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Контактный номер телефона |  |
| Налоговый период (год) |  |

Прошу предоставить справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам

(отметить нужное)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **мне (данные заполнять не нужно, просто галочка)** | | | | |
| **моему супругу(е)** | | | | |
| ФИО |  | Дата рождения |  | |
| Паспорт | Серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ИНН |  | |
| **моим родителям** | | | | |
| ФИО |  | Дата рождения |  | |
| Паспорт | Серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ИНН |  | |
| ФИО |  | Дата рождения |  | |
| Паспорт | Серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ИНН |  | |
| **моим детям** | | | | |
| ФИО |  | Дата рождения |  | |
| Паспорт  (св-во о рождении ) | Серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ИНН |  | |
| ФИО |  | Дата рождения |  | |
| Паспорт  (св-во о рождении ) | Серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ИНН |  | |

**ВНИМАНИЕ!**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 оформляется и выдается по адресу: Архангельская область, г. Коряжма, пр. Ленина, д.43А (в кассе поликлиники)  **СРОК ГОТОВНОСТИ СПРАВОК ДО 10 ДНЕЙ** |

Прошу выдать справку доверенному лицу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

Справка выдается при предъявлении доверенным лицом паспорта.

Убедительная просьба, к заявлению приложить договор(ы) и кассовые чеки об оплате за оказанные медицинские услуги за указанный налоговый период.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  | Подпись |  |