

Генеральному директору
ООО ФОРТУНА-З
Кангун Е.А.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг за 202_____г.

ФИО ПАЦИЕНТА	
ИНН	
Дата рождения	« » _____ г.
Документ, удостоверяющий личность:	
Вид документа	
Серия, номер	
Дата выдачи	« » _____ г.
Контактные телефон:	
Налогоплательщик и пациент одно и то же лицо (нужное обвести)	ДА НЕТ
*ФИО НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	
Степень родства	
ИНН	
Дата рождения	« » _____ г.
Документ, удостоверяющий личность	
Вид документа	
Серия, номер	
Дата выдачи	« » _____ г.
Контактные телефон:	

Справку прошу выдать мне следующим способом (отметить нужный способ):

- ☐ Лично в руки
- ☐ Почтовым отправлением с уведомлением по указанному адресу (почтовые расходы несет получатель справки):

☐ Третьему лицу по нотариальной доверенности

(Ф.И.О доверенного лица)

- ☐ Отправить мою справку в электронном виде напрямую в ИФНС (для справок начиная с 2024 года)

Достоверность и полноту указанных мной сведений подтверждаю и даю согласие на обработку персональных данных, а также подтверждаю, что персональные данные лиц, указанных в заявлении, представлены с их добровольного согласия.

«__» _____ 202__ года _____ (_____)
личная подпись расшифровка подписи

*Раздел заполняется если налогоплательщик и пациент НЕ одно и то же физическое лицо

****Заявление на предоставление справки возможно направить на электронную почту компании**

klinikatriumf@mail.ru

***Справка предоставляется в соответствии с Приказом Минздрава РФ и МНС РФ от 25 июля 2001 г. N 289/БГ-3-04/256 и пп.1 п13 Федерального закона 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".