**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ**

**об оплате медицинских услуг в ООО «Стоматология «Неболит» для представления в налоговый орган**

**(начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024 года)**

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг в году для представления в налоговый орган.

Сообщаю следующие данные:

Данные ПАЦИЕНТА:

Фамилия Имя Отчество Дата рождения

**ИЛИ**

ИНН

**ИЛИ**

серия и номер паспорта дата выдачи

Пациент и налогоплательщик является одним лицом 0 - нет

1 - да

Если НЕТ, то

Данные НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (его супруга/супруги, сына/дочери, матери/отца):

Фамилия Имя Отчество Дата рождения

**ИЛИ**

ИНН

**ИЛИ**

серия и номер паспорта дата выдачи

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

 / / 1

подпись ФИО

« » 202 г. тел. +7 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 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