

В ООО «Клиника профессора Калининченкo»

От (ф.и.о.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В НАЛОГОВЫЕ ОРГАНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА \_\_\_\_\_ г.**

**1. Данные физического лица, оплатившего медицинские услуги (далее-налогоплательщик):**

1.1 Ф.И.О. налогоплательщика (полностью)

\_\_\_\_\_

1.2 ИНН налогоплательщика

\_\_\_\_\_

1.3 Дата рождения \_\_\_\_\_

1.4 Сведения о документе, удостоверяющем личность, серия и номер, дата выдачи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Данные физического лица, кому оказаны медицинские услуги:**

2.1 Ф.И.О. пациента (полностью)

\_\_\_\_\_ при оказании услуг супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу) – указать степень родства:

2.2 ИНН пациента

\_\_\_\_\_

2.3 Дата рождения \_\_\_\_\_

2.4 Сведения о документе, удостоверяющем личность, серия и номер, дата выдачи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Контакты:**

e-mail: \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку в документальной и электронной форме персональных данных.

Форму заполнил:

\_\_\_\_\_ (ф.и.о.)

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ подпись

Принял документы (должность, ф.и.о., дата):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Справка предоставляется в течение 10 рабочих дней.