

## Заявление физического лица о выдаче справки,

### оплатившего медицинскую услугу за запрашиваемый налоговый период (год)

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган за \_\_\_\_\_ год, в котором оказывалась медицинская услуга и в котором осуществлялись соответствующие расходы за оказанные медицинские услуги в медицинской организации индивидуального предпринимателя Сазоновой Людмилы Анатольевны.

От налогоплательщика

(Фамилия, Имя, Отчество)

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом

Способ получения справки:  лично в руки  отправить в налоговый орган

Медицинские услуги оказаны:

супруге (у)  сыну (дочери)  матери (отцу) ненужное зачеркнуть

<b>ИНН налогоплательщика</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Дата рождения налогоплательщика</b>	<input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> . <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> . <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>
<b>Сведения о документе, удостоверяющем личность налогоплательщика</b>	Серия <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> Номер <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>
	Дата выдачи <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> . <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> . <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>
<b>Отчетный год (Налоговый период)</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Фамилия Имя Отчество пациента<sup>1</sup></b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>1</b> Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.	
<b>ИНН пациента</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Дата рождения пациента</b>	<input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> . <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> . <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>
<b>Сведения о документе, удостоверяющем личность пациента</b>	Серия <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> Номер <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>
	Дата выдачи <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> . <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> . <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>
Дата _____ Подпись _____ Ф.И.О. _____	
Контактный телефон _____	
Справка мною получена	
Дата _____ Подпись _____ Ф.И.О. _____	

**Согласие на обработку персональных данных**  
**для получения справки об оплате медицинских услуг**  
**для предоставления в налоговые органы Российской Федерации**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (кем и когда выдан)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (город, улица, дом, квартира)

выражаю свое согласие:

Медицинской организации «Индивидуальный предприниматель Сазонова Людмила Анатольевна»  
ИНН 270400833448, ОГРНИП 312270920200039

На обработку моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, идентификационный номер налогоплательщика (дата постановки на учет, реквизиты свидетельства постановки на учет в налоговом органе), реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя (при необходимости), адрес электронной почты, контактный телефон, с целью выдачи справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

Обработка моих персональных данных может осуществляться с использованием и без использования средств автоматизации и включать в себя сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение всего срока действия договора оказания услуг, а также в соответствии со сроками хранения медицинской документации. Настоящее согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного заявления на прекращение обработки персональных данных на адрес, указанный в тексте настоящего согласия.

Я подтверждаю, что, подписывая ниже настоящее согласие, я действую по собственной воле.

\_\_\_\_\_ (подпись) (расшифровка) (дата)