|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_.\_\_\_.201\_\_г | **Генеральному директору**  **ООО ДМЦ «Белый лепесток»**  **Павловой Елене Юрьевне**  От:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО)  Контактный тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Адрес регистрации по паспорту) |

**Заявление**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ

1. На дату\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(период налогового возврата)

1. ФИО налогоплательщика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Паспортные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Данные Пациента на период, за который предоставляется налоговый вычет случае, если данные изменились) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, паспорт, место регистрации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ИНН налогоплательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ФИО получателя медицинских услуг\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется в случае запроса на предоставление информации в отношении иного лица отличного от заявителя)

1. Прошу предоставить дубликат договора на оказание мед услуг: да/ нет (нужное подчеркнуть)

**\***При заказе справки от имени иного лица,Представителю (заявителю) при себе необходимо иметь копию паспорта копию ИНН получателя медицинских услуг, а так же нотариальную доверенность с правом заказа соответствующих документов и получением информации о факте обращения пациента в медицинское учреждение, составляющей врачебную тайну (в соотв. с Законом № 323-ФЗ от 21.11.2011г).

В случае заказа справки законным представителем, при себе необходимо иметь документы подтверждающие родство (свидетельство о заключении брака, свидетельство о рождении).

**\*\*** Срок изготовлениясправки составляет до трех календарных дней.

**Настоящим ООО ДМЦ «Белый лепесток» предупреждает** заявителя о возможности несанкционированного доступа иных лиц к сведениям, содержащим врачебную тайнув случае направления заявителем настоящего обращения посредством электронной почты.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (согласие, подпись заявителя).