От налогоплательщика _____

Данные Налогоплательщика (данные вводятся полностью, без сокращений, **печатными буквами**):

ИНН: _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

_____

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество: _____

Дата рождения: _____
(число, месяц, год рождения)

Контактный номер телефона: _____

Заявление

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг, оказанных в Новосибирском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России в _____ году для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

Данные Пациента (данные вводятся полностью, без сокращений, **печатными буквами**):

ИНН: _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

_____

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество: _____

Дата рождения: _____ Родственная связь с налогоплательщиком: _____
(число, месяц, год рождения) (мать/отец, сын/дочь, супруг/супруга)

Выбрать один вариант ответа:

- ○ Справку получу лично в Учреждении.
- ○ Справку прошу направить по адресу: _____

_____

- ○ Сведения о произведённых расходах за оказанные медицинские услуги прошу направить в налоговый орган

Подписанием настоящего заявления подтверждаю правильность и достоверность всех данных, указанных в заявлении, и даю согласие на обработку моих персональных данных.

✓

_____ _____ / _____
Дата Подпись Расшифровка

Данный раздел заполняется в случае, если налогоплательщик не указан в договоре оказания медицинских услуг

Я _____
(ФИО пациента, подпись)
настоящим даю согласие на предоставление налогоплательщику сведений составляющих врачебную тайну, а именно о факте получения мной медицинских услуг, включая сведения об их стоимости.

Отправить по адресу: 630096, г. Новосибирск, ул. Колхидская, 10