|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова»  Минздрава России   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | от | налогоплательщика (заказчика по договору) | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | Сведения о документе, удостоверяющем личность: | | | | | Вид документа: | |  | | | | Серия и номер: | |  | | | | Дата выдачи: | |  | | | | ИНН: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Дата рождения: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Почтовый адрес для направления письменного ответа  (с почтовым индексом) (для иногородних): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  | | | | | |  | | | | | | Номер телефона:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Адрес электронной почты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган**

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган на сумму расходов, понесенных мною на оплату медицинских услуг, оказанных мне/моему супругу (супруге)/ родителю/ребенку (далее – **пациент/потребитель по договору**) за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год.

**Данные пациента:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Данный раздел заявления заполняется в том случае, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом*   |  |  | | --- | --- | | Фамилия |  | | Имя |  | | Отчество (при наличии) |  | | Сведения о документе, удостоверяющем личность  (вид документа, серия, номер, дата выдачи) |  | |  | |  | |  | | ИНН (при наличии) |  | | Дата рождения |  | |

Я уведомлен о том, что максимальный срок выдачи запрашиваемой справки составляет 30 календарных дней с даты подачи настоящего заявления.

Справку прошу выдать на руки, предварительно уведомив о готовности справки по вышеуказанному телефону / **направить по вышеуказанному почтовому адресу** / **направить на вышеуказанный адрес электронной почты** *(нужное подчеркнуть).*

Приложение:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпись налогоплательщика | Инициалы и фамилия налогоплательщика |