

Заявление

Прошу предоставить в налоговый орган Сведения об оплате медицинских услуг

Данные физического лица (его супруга/супруги), оплатившего медицинские услуги (далее - **налогоплательщик**):

Фамилия

Имя

Отчество

ИНН Дата рождения . .

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Паспорт - Серия и номер

Дата выдачи . .

Сумма расходов на оказанные медицинские услуги по коду услуги "1" * .

Дата оплаты __. __. 20__ г.

Нижняя часть заполняется, если налогоплательщик и пациент НЕ одно лицо

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (**пациент**):

Фамилия

Имя

Отчество

ИНН Дата рождения . .

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Паспорт - Серия и номер

Дата выдачи . .

Контактный телефон _____

Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, свое согласие на обработку ГБУЗ ТО «Родильный дом №3» своих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных». Персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.

Дата __. __. 20__ г.

Подпись _____ / _____ /