

Генеральному директору ООО «Медпроект» -
Управляющего ООО «Красота и Здоровье»
Тимершину Айрату Нарисовичу

От налогоплательщика:

(ФИО полностью)

Дата рождения: _____

Паспорт¹: серия _____ номер _____

дата выдачи _____

ИНН _____

Тел. _____

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

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг за 2024 г. для предоставления в налоговый орган.

Данные пациента²:

ФИО (полностью) _____

Дата рождения: _____

Паспортные данные: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

ИНН _____

(**Для ребенка:** свидетельство о рождении: серия _____ номер _____
дата выдачи _____).

¹ Данные не заполняются, если указан ИНН.

² Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.

Справку об оплате медицинских услуг в ООО «Красота и Здоровье» прошу передать
(выбрать один вариант):

1. мне лично _____
(подпись, расшифровка)

2. Почтовым отправлением _____
(индекс, почтовый адрес)

Подписывая данное заявление, я подтверждаю достоверность сообщённых сведений.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных.

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)