Директору ООО «Эстетик-центр» Алёшкиной Л.В.

от_____
(ФИО заявителя)

_____

Телефон: _____

Эл.адрес: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче справке об оплате услуг для предоставления в налоговый орган

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги

Данные физического лица, оплатившего медицинские услуги (далее – налогоплательщик):

ФИО_____

ИНН_____

Дата рождения _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Паспорт

Серия _____Номер_____

Кем выдан_____

Дата выдачи_____

Налоговый период/год_____

Медицинские услуги оказаны: мне, супруге(у), сыну (дочери), матери (отцу)-(нужное подчеркнуть)

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги:

ФИО_____

ИНН_____

Дата рождения _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Паспорт

Серия _____Номер_____

Кем выдан_____

Дата выдачи_____

Подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.

Дата _____ _____(подпись)

Настоящим ООО «Эстетик-центр» предупреждает Заявителя о возможности несанкционированного доступа иных лиц к сведениям, содержащим врачебную тайну в случае направления заявителем настоящего обращения посредством электронной почты, равно как и при отправлении заявителю готовых документов посредством электронной почты.