

Директору ООО «Успех»
Зарипову Р.Н.

от _____

(ФИО и дата рождения (полностью) физического лица, оплатившего мед. услуги)

ИНН _____
телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить **Справку** об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги в ООО «Успех».

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом: **ДА / НЕТ**
(нужное подчеркнуть)

Данные пациентов:

1.	Фамилия	
	Имя	
	Отчество	
	Дата рождения	
	ИНН	
2.	Фамилия	
	Имя	
	Отчество	
	Дата рождения	
	ИНН	
3.	Фамилия	
	Имя	
	Отчество	
	Дата рождения	
	ИНН	
4.	Фамилия	
	Имя	
	Отчество	
	Дата рождения	
	ИНН	
5.	Фамилия	
	Имя	
	Отчество	
	Дата рождения	
	ИНН	

(Дата)

(Подпись)

(Расшифровка подписи)

Необходимо выбрать **один** из трех предложенных способов получения **Справки**.

Способ получения справки:	Год		
	2023	2024	2025
1. На бумажном носителе прошу отдать лично / по доверенности . <i>(нужное подчеркнуть)</i> От передачи в электронной форме в налоговые органы РФ отказываюсь.			
2. В виде скан-копии на адрес электронной почты _____			
3. В <u>электронной форме</u> путем <u>передачи в налоговые органы РФ</u> Даю свое согласие на обработку персональных данных (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) и разрешаю/не разрешаю <i>(нужное подчеркнуть)</i> передавать мои персональные данные в налоговые органы Российской Федерации Настоящее согласие действует в течение всего периода хранения персональных данных, если иное не предусмотрено законом Российской Федерации.	-		

(Дата)

(Подпись)

(Расшифровка подписи)