

**Внимание! Заявление заполняется печатными буквами, разборчиво, без помарок и исправлений.**

**Заявление физического лица о выдаче справки,**

**оплатившего медицинскую услугу за запрашиваемый налоговый период (год)**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган за период (указать год оказания услуг) \_\_\_\_\_ год, оказанных в ООО "ОЦ "ЭКСИМЕР" в г. Ростове-на-Дону

**От налогоплательщика**

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения  .  .  ИИН

Паспортные данные серия  номер  дата выдачи  .  .

Контактный телефон + 7

Адрес электронной почты

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом

Медицинские услуги оказаны:  супругу(е)  сыну(дочери)  матери(отцу)

Данные о пациенте заполняются если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.

**Пациент**

Фамилия

Имя

Отчество

.  .

Дата рождения пациента

ИИН пациента

серия  номер  дата выдачи  .  .  \*

Паспорт пациента / Свидетельство о рождении

**Номер и дата договора**

о т	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	<input type="text"/>
сумма	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	р у б
сумма	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	р у б
сумма	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	р у б
сумма	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	р у б
сумма	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	р у б
сумма	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	р у б

Номер и дата доп.соглашения

Способ получения справки:

Отправить сведения в ИФНС в электронном виде

Получить справку в бумажном виде по адресу: г.Ростов-на-Дону, пер.Гвардейский д.4.

Лично  Представитель (супруг/супруга) (ФИО) \_\_\_\_\_

Отправить справку на электронную почту

Согласен на обработку персональных данных \_\_\_\_\_

Подпись

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем заявлении подтверждаю.

.  . 20  г.

Дата

ФИО

Подпись

Заявление принял \_\_\_\_\_

ФИО сотрудника

Подпись

## УСЛОВИЯ НАПРАВЛЕНИЯ СПРАВКИ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ

Указанный адрес электронной почты принадлежит лично мне, используется мной самостоятельно, доступ третьих лиц к нему отсутствует либо осуществляется под моим контролем.

Мне разъяснено и понятно, что электронная почта является открытым (незащищённым) каналом связи, не обеспечивающим гарантированную конфиденциальность передаваемой информации.

Мне известны риски несанкционированного доступа, копирования, изменения либо распространения информации третьими лицами при передаче её посредством электронной почты.

Я добровольно выбираю данный способ получения документа и настаиваю на его использовании.

В соответствии со ст. 6 и 9 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО "ОЦ "ЭКСИМЕР" на обработку и передачу моих персональных данных, включая их направление по электронной почте на указанный мной адрес.

В соответствии со ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие ООО "ОЦ "ЭКСИМЕР" на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, включая сведения о факте моего обращения за медицинской помощью, путём направления соответствующей справки на указанный мной электронный адрес.

Подтверждаю, что ООО "ОЦ "ЭКСИМЕР" не несёт ответственности за возможные последствия несанкционированного доступа третьих лиц к информации после её направления на указанный мной адрес электронной почты.

Претензий имущественного и неимущественного характера к ООО "ОЦ "ЭКСИМЕР" в связи с выбранным мной способом получения документа иметь не буду.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /