Главному врачу ОГБУЗ «КОНД»

Ефремовой М.В.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в ОГБУЗ «Костромской областной наркологический диспансер».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ФИО**  **НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата рождения** | | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | | | | | |
| При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» **не заполняются** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Документ**  **удостоверяющий**  **личность** | | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| Налоговый период (год) | |  | | | | | | | | | | | | |
| Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть):  мне, супругу(е), сыну, дочери, матери, отцу | | | | | | | | | | | | | | |
| **ФИО ПАЦИЕНТА**  (если налогоплательщик и пациент разные лица) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата рождения** | | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | | | | | |
| При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» **не заполняются** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Документ**  **удостоверяющий**  **личность** | | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| Сумма расходов на оказанные мед.услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | |  | | **Согласен на обработку персональных данных** | | | | | | | | | | | | | |
| Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г | | | | | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |

**Заполненное и подписанное заявление с приложением необходимых документов вы можете передать в ОГБУЗ «Костромской областной наркологический диспансер» любым способом:**

**• Принести его бумажную версию в учреждение по адресу: г. Кострома, ул. Ткачей, д.4а (каб.34)**

**• Отправить скан-копию или читаемое фото на email: kond@dzo.kostroma.gov.ru**

**Срок изготовления справки до 30 календарных дней**

**Копии документов:**

1. **Договор об оказании платных медицинских услуг**
2. **Чек об оплате**

**Справка получена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДАТА ПОДПИСЬ ФИО**