|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу ГБУЗ НО «НИИ – СККБ им. академика Б.А. Королева» А.Л. Максимову  |

Заявление на выдачу справки

об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган

|  |  |
| --- | --- |
| Данные налогопл-ка:  |  |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество  |  |
| ИНН |  |
| Телефон для связи |  |
| Дата рождения |  |
| Вид документа  |  |
| Серия и номер  |  |
| Дата выдачи  |  |
| Дата и номер договора  |  |
| Сумма, рубл.  |  |
| Дата и номер договора  |  |
| Сумма, рубл.  |  |
| Дата и номер договора  |  |
| Сумма, рубл.  |  |
| Электронная почта |  |
|  |  |
| Данные пациента:  |  |
| Степень родства |  |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество  |  |
| ИНН |  |
| Дата рождения |  |
| Вид документа  |  |
| Серия и номер  |  |
| Дата выдачи  |  |
|  |  |

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю ГБУЗ НО «НИИ - СККБ им. академика Б.А. Королева» свое согласие на обработку моих персональных данных и прошу выслать скан справки на указанный электронный адрес.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись ФИО