|  |  |
| --- | --- |
|  | 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