|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Главному врачу КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр»  610048, город Киров, ул. Московская,163  Семеновскому Н.В.  От \_\_\_\_\_\_ ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

заявление.

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг в КОГБУЗ «КОКПЦ» для предоставления в налоговые органы Российской Федерации

(поля помеченные \*- обязательны к заполнению)

|  |  |
| --- | --- |
| \* **Фамилия Имя Отчество налогоплательщика** |  |
| **\*ИНН налогоплательщика** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **\*Дата рождения**  **налогоплательщика** | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ **.** \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ **.** \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г. |
| Документ, удостоверяющий личность | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год |
| **\*Налоговый период/год** |  |
| Медицинские услуги оказаны | \_\_\_\_мне, \_\_\_\_\_\_\_супруге (у) \_\_\_\_\_\_\_сыну (дочери), \_\_\_\_\_\_\_\_матери (отцу) |
| **\*Фамилия Имя Отчество пациента** |  |
| **\*ИНН пациента** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **\*Дата рождения пациента** | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ |
| Документ, удостоверяющий личность | Вид документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год |
| \*Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024 г.)  Сумма расходов на оказанные медицинские услуги составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. | |
| \*На обработку персональных данных согласен (а)   |  | | --- | |  |   подпись | |
| **Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.** | |
| Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

Заявление получено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подпись специалиста Ф.И.О.

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

Дата подпись Ф.И.О.