|  |
| --- |
| Директору ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о)  имени Н.П. Напалкова»  Моисеенко В.М.  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Фамилия Имя Отчество (при наличии) налогоплательщика (заказчика платных медицинских услуг)*  \_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выдаче Справки**

**об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган**

Прошу выдать мне Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(запрашиваемый налоговый период)*

по расходам, осуществленным мной за оказание платных медицинских услуг мне / Пациенту :

(*нужное подчеркнуть)*

ИНН налогоплательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ либо

наименование документа, удостоверяющего личность налогоплательщика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

данные о Пациенте :

*(заполняются налогоплательщиком, если он оплачивал оказание услуг иному лицу, Пациенту)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Фамилия Имя Отчество (при наличии), дата рождения)*

ИНН Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ либо

наименование документа, удостоверяющего личность Пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Справку прошу предоставить следующим способом *(выбрать вариант путем проставления отметки)*:

☐ - предоставление на бумажном носителе при личном обращении

☐ - предоставление на бумажном носителе почтовым отправлением по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(почтовый адрес, в т.ч. индекс)*

☐ - предоставление в электронном виде (скан Справки) по электронной почте \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Я проинформирован(-а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом передачи данных, не защищается ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова»; персональные данные, содержащиеся в Справке, могут стать известны третьим лицам; за несанкционированный доступ к указанному почтовому ящику третьих лиц, а равно за доступ к персональным данным, содержащимся в Справке, и утечку информации ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова» ответственности не несет. Выбирая данный способ получения Справки, я принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к указанному почтовому ящику (персональным данным) третьих лиц и даю согласие ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова» на передачу персональных данных по открытым каналам связи.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *подпись*)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (Фамилия И.О. налогоплательщика)*