|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

|  |  |
| --- | --- |
| от  | ФИО заявителя |
|  |
|  |
| являющегося супругом/супругой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя: |  |
| Вид документа: |  |
| Серия и номер: |  |
| Дата выдачи: |  |
| ИНН заявителя:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата рождения заявителя: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Почтовый адрес для направления письменного ответа (с почтовым индексом) (для иногородних): |
|  |
|  |
| Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган**

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган на сумму расходов в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, понесенных моим супругом/супругой на оплату медицинских услуг, оказанных мне/моему супругу (супруге)/ ребенку (далее – **пациент/потребитель по договору**) за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год.

**Данные пациента:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Данный раздел заявления заполняется в том случае, если заявитель и пациент не являются одним лицом*

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество (при наличии) |  |
| Сведения о документе, удостоверяющем личность(вид документа, серия, номер, дата выдачи) |  |
|  |
|  |
|  |
| ИНН (при наличии) |  |
| Дата рождения  |  |

 |

Я подтверждаю, что сумма расходов на оказанные медицинские услуги, на которую я прошу выдать справку, с супругом/супругой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, инициалы) согласована.

Я уведомлен о том, что максимальный срок выдачи запрашиваемой справки составляет 30 календарных дней с даты подачи настоящего заявления.

Справку прошу выдать на руки, предварительно уведомив о готовности справки по вышеуказанному телефону/ **направить по вышеуказанному почтовому адресу** / **направить на вышеуказанный адрес электронной почты** *(нужное подчеркнуть).*

Приложение:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпись заявителя | Инициалы и фамилия заявителя |