

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне _____

ФИО полностью

справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России на мой E-mail: _____ ; телефон контактный _____

Фамилия Имя Отчество налогоплательщика	_____
ИНН	_____
Дата рождения	____.____.____
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи ____.____.____
Налоговый период (год)	_____
Медицинские услуги оказаны: <input type="checkbox"/> мне <input type="checkbox"/> супруге (у) <input type="checkbox"/> сыну (дочери) <input type="checkbox"/> матери (отцу)	
Фамилия Имя Отчество пациента	_____
ИНН	_____
Дата рождения	____.____.____
Документ удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи ____.____.____
Копия договора (при оказании медицинских услуг до 01.01.2024г) <input type="checkbox"/>	
Обучается по очной форме обучения (до 24 лет) (при оказании медицинских услуг до 01.01.2022г) <input type="checkbox"/>	
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024г). Год _____ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.	
На обработку персональных данных согласен (а) <input type="checkbox"/>	
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 _____ Фамилия И.О. _____

Справка получена _____

дата _____ подпись _____ Фамилия И.О. _____

СОГЛАСИЕ
на получение справки об оплате медицинских услуг
для предоставления в налоговые органы Российской Федерации
за оказанные медицинские услуги
в ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России
по электронной почте

Я, _____

(паспортные данные, Ф.И.О. пациента)

прошу Вас осуществить отправку **справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги** в федеральном государственном бюджетном учреждении «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Центр), на адрес электронной почты:

(адрес электронной почты)

Я проинформирован(а) о том, что передача информации посредством электронной почты является ненадежным каналом связи, переданные данные могут стать известны третьим лицам.

За несанкционированный доступ к данным электронной почты, получение их третьими лицами и неполучение отправленной **справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России** Центр ответственности не несет.

Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

ФИО пациента

подпись

« _____ » _____ 20 _____ г.