

Генеральному директору
ООО «ИРМЕДИКА»
Чеботаревой И.Б.

от _____
ФИО плательщика полностью

_____ дата рождения
ИНН _____
Проживающего(-ей) по адресу:

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении справки об оплате медицинских услуг

Я, _____
(ФИО плательщика)

реквизиты документа, удостоверяющего личность:

проживающий (зарегистрирован):

Произвел оплату медицинских услуг за (ребенка, родителя, супруга) _____

проживающий (зарегистрирован): _____

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг и направить их по адресу
(почтовый, электронный, нарочно) _____

Подписанием настоящего заявления, в целях его исполнения, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных ООО «ИРМЕДИКА» в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» указанных в настоящем заявлении и его приложениях.

Документы прошу **отдать лично / по доверенности ***
(нужное подчеркнуть)

Приложение: копия паспорта
копия документа, подтверждающего произведенные расходы

«__» _____ 20__ г.

(ФИО, подпись)

** Приказ Минздрава России и МНС России от 25.07.2001 г. №289/БГ -З -04/256 «ИНСТРУКЦИЯ ПО УЧЕТУ, ХРАНЕНИЮ И ЗАПОЛНЕНИЮ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В НАЛОГОВЫЕ ОРГАНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»*