***ЗАПОЛНЯТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ НЕОБХОДИМО РАЗБОРЧИВО!***

***ЗАРАНЕЕ СПАСИБО ЗА ПОНИМАНИЕ!***

В Сеть клиник «Столица»

**Заявление на предоставление справки**

**об оплаченных медицинских услугах**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. заявителя-налогоплательщика полностью)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

прошу подготовить и предоставить Справку об оплаченных медицинских услугах для предоставления в налоговый орган для получения социального налогового вычета за период 20\_\_\_\_\_год, 20\_\_\_\_\_год, 20\_\_\_\_год (укажите год/года, за который необходима справка).

Услуги были оказаны следующим пациентам (нужное подчеркнуть, если выбрано «моему», то необходимо заполнить строки ниже): **мне / моему**

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(степень родства, ФИО пациента, дата рождения, ИНН)

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(степень родства, ФИО пациента, дата рождения, ИНН)

3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(степень родства, ФИО пациента, дата рождения, ИНН)

**Справка предоставляется следующим способом** (нужное отметить «V»)**:**

❑ **В электронном виде в налоговый орган** (обращаем внимание – **если выбран данный пункт, то другие пункты отмечать не нужно**. Если вместе с этим пунктом Вы выберите другие пункты, то считается, что выбран только данный пункт)

❑ На электронную почту каждого пациента отдельно (обращаем внимание, что документы касательно конкретного пациента высылаются только на его личную электронную почту (либо электронную почту родителя/опекуна несовершеннолетнего пациента), указанную им при заключении договора на оказание медицинских услуг. Либо пациенту необходимо лично явится в одну из наших клиник и подать личное заявление о направлении информации на другую электронную почту)

❑ В распечатанном виде в клинику «Столица» по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (обращаем внимание, что документы касательно конкретного пациента выдаются только ему лично или его законному представителю (родитель несовершеннолетнего, опекун, доверенное лицо, лицо, указанное пациентом при заключении договора на оказание медицинских услуг))

Подписывая данное заявление, Я даю согласие на обработку персональных данных, а также подтверждаю, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении, Я предоставляю с их добровольного согласия.

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись заявителя)

**ПРИМЕЧАНИЕ**

ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ, что при желании родителя получить лично Справку об оплаченных медицинских услугах, оказанных детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет или до 24 лет, если дети являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, медицинская организация может запросить дополнительно копию свидетельства о рождении/иной документ о законном представителе, а также копию справки из образовательного учреждения (желательно сразу приложить вместе с заявлением).