

Генеральному Директору ООО «ЛДЦ Семейная Клиника «МЕДА»
Маслову Г.А

От _____
Ф.И.О полностью

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для
предоставления в налоговые органы**

ФИО налогоплательщика			
Дата рождения		Конт. телеф.	
ИНН			
Налоговый период (год)			
☐ мне			
☐ Моему супругу (е)			
ФИО, дата рождения			
☐ Моим родителям			
ФИО, дата рождения			
ФИО, дата рождения			
☐ Моим детям			
ФИО, дата рождения			
ФИО, дата рождения			
ФИО, дата рождения			

Прошу выдать следующим способом (отметить нужное)

☐ Лично мне	
☐ Я доверяю получить	
ФИО доверенного лица	

КОРЕШОК

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для
предоставления в налоговые органы**

ВНИМАНИЕ!

V	Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия
----------	---

На отправку справки по E-mail (не защищенному каналу связи) _____
прописью согласен/не согласен

e-mail: _____

Согласен на обработку персональных данных (подпись) _____

Дата _____ подпись _____ / _____
ФИО

Готовность документов в течении 30 рабочих дней от даты приема заявления.

Выдача документов в медицинском центре по адресу: г.С-Пб, г. Пушкин, ул. Архитектора Данини, д.11/6

Справка выдается заявителю или доверенному лицу при предъявлении паспорта

Выдана справка № _____ от _____