Генеральному директору

ООО ДЦ «Зрение» г.Санкт-Петербург

Мелинти М.В.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество заявителя

Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг в налоговую инспекцию за весь период 202\_\_ года со следующими реквизитами:

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

Дата рождения пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДД/ММ/ГГГГ

Паспорт (свидетельство о рождении) серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кому предоставлена услуга: заявителю; супругу (супруге); родителю; ребенку (в том числе усыновленному) в возрасте до 18 лет, ребенку (в том числе усыновленному) до 24 лет обучающемуся по очной форме обучения; подопечному в возрасте до 18 лет; бывшему подопечному в возрасте до 24 лет после прекращения опеки или попечительства, обучающемуся по очной форме обучения.

\*обязательно подчеркнуть, кому оказана услуга, в противном случае справка будет признана недействительной!

**Способ получения справки:**

**Для услуг, выполненных в 2022-2023 году**:

- **Лично** в клинике по адресу (выбрать адрес отделения для получения справки): **Апраксин пер., д.6**/ **Коломяжский пр. д.15,к.2**/ **Типанова д.4*;***

- **Почтой России** (указать адрес и индекс получателя):

**Для услуг, выполненных с 2024 года**:

- **Лично** в клинике по адресу (выбрать адрес клиники для получения справки): **Апраксин пер., д.6/ Коломяжский пр. д.15,к.2/Типанова д.4;**

**- В упрощённом порядке в налоговый орган (в электронном виде в налоговый орган)**

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*обязательна в случае отсутствия данных Заявителя в предоставленных копиях договоров (дополнительных соглашений)

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Документы принял:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_