Общество с ограниченной ответственностью «ПЕАН»
лицензия № Л041-01021-66/00333228 от 26.07.2019 г
620026 г. Екатеринбург, ул. Тверитина, 46
Тел. (343) 304-63-85

Заявление на выдачу справки для получения налогового вычета за медицинские услуги

Прошу выдать мне Справку об оплате стоимости медицинских услуг, полученных в ООО «ПЕАН», для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

Отчетный период:	2024 год				
ФИО налогоплательщика:	Иванова Мария Ивановна				
Дата рождения:	01.10.1985		ИНН:	666666666666	
Паспорт серия	11 11	№:	222222	Дата выдачи:	11.11.2005
Телефон контактный:	+7 950 111 22 33				

В поле "ИНН" указывается ИНН физического лица (при наличии).

ВАЖНО!! При заполнении поля "ИНН" поля "Серия и номер", "Дата выдачи" раздела "Сведения о документе, удостоверяющем личность" НА ПАЦИЕНТА не заполняются!

ФИО пациента:	Иванов Петр Петрович				
Дата рождения:	01.01.2010		ИНН:		
Документ, удостоверяющий личность:					
Паспорт					
Паспорт серия	33 33	№:	444444	Дата выдачи:	01.02.2024

Обращаем ваше внимание на то, что необходимо заполнить ВСЕ строки заявления (ИНН или документ по выбору). Частично заполненные заявления к обработке не принимаются.

В поле "Номер справки", выданной по вашему заявлению, указывается уникальный порядковый номер Справки, присваиваемый медицинской организацией в системе внутреннего учета за соответствующий налоговый период (год), в отношении каждого физического лица, обратившегося за выдачей соответствующей Справки, отдельно по каждому пациенту.

Дальнейшее изменение Налогоплательщика по указанному Пациенту не допускается.

Заполненное и подписанное заявление вы можете предоставить любым способом:
- Подать лично в регистратуру медицинского центра «ПЕАН»
- Отправить скан-копию или читаемое фото на email: **spravka_nalog@peanekt.ru**

На обработку персональных данных согласен (а)
Подписывая настоящее заявление Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.

Оригинал Справки об оплате стоимости медицинских услуг буду получать:

[+] - *лично в филиале (поставить отметку):*

[+] на Тверитина, 46 [ ] на Юлиуса Фучика, 1

[ ] - *прошу направить ее на электронный адрес:*

_____
(электронный адрес написан собственноручно заказчиком)

В своих интересах согласен на передачу мне Справки, содержащей персональные данные, по открытому нешифрованному электронному каналу связи. Полностью понимаю, что в случае несанкционированного доступа и пр. к электронным каналам все риски несу самостоятельно.

Подпись и расшифровка

V _____/_____/ «_____» _____20____ г.
подпись расшифровка дата

Заявление получено

V _____/_____/ «_____» _____20____г
подпись расшифровка дата

Справку получил

V _____/_____/ «_____» _____20____ г.