федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

|  |
| --- |
|  |
| ФИО, дата рождения, |
|  |
| ИНН (при наличии), паспортные данные\* |
|  |
|  |
| Контактный номер телефона |

# Заявление

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы с целью получения социального налогового вычета.

Оплата была произведена мной за медицинские услуги, оказанные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 указать дату /период оказания услуг

 ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России:

о мне лично

 о моем супруге

ФИО, дата рождения, ИНН (при наличии), паспортные данные\*

 о моей матери (отцу)

ФИО, дата рождения, ИНН (при наличии), паспортные данные\*

о моем ребенке (детях),

подопечному в возрасте до 18 лет

ФИО, дата рождения, ИНН (при наличии), паспортные данные\* (при наличии)

\* при указании ИНН пациента сведения о документе удостоверяющим личность не заполняются

выдачи справки:

лично заявителю по месту нахождения лечебного учреждения (подчеркнуть нужное):

- г. Новосибирск, ул. Речкуновская,15

- г. Новосибирск, ул. 1905 года, 83

направить заказным письмом с уведомлением о вручении по адресу:

индекс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

область (район, край):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

город:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дом:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_корпус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_квартира\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о выдать доверенному лицу:

ФИО доверенного лица:

Документ, удостоверяющий личность: серияномер

Кем выдандата выдачи

Справка выдается только в том случае, если доверенное лицо указано в заявлении при предъявлении документа, удостоверяющего личность.



 подпись Заявителя ФИО Заявителя

Заявление принял «

 подпись ФИО

Согласие на обработку персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иные действия, необходимые для обработки персональных в соответствии с законодательством Российской Федерации,

подтверждаю подпись ФИО Заявителя