Генеральному директору
ООО «Гастроэнтерологический центр Эксперт»
Косову П.Н.

От _____
(ФИО налогоплательщика полностью)

Дата рождения _____

ИНН _____

Телефон: _____

E-mail:_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____ ,
прошу выдать справку об оплате медицинских услуг, оплаченных мною, для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за _____ год/годы.
(указать налоговый период)

Услуги были оказаны: _____
(указать или подчеркнуть нужное: мне, супруге(у), сыну, дочери, отцу, матери)

Данные пациента: _____
(ФИО, дата рождения)

_____
(серия и номер паспорта, кем выдан, дата выдачи)

_____ ; _____.
(ИНН)

*Я извещен (а), что справка об оплате медицинских услуг выдается **только на руки** пациенту (налогоплательщику, оплачивавшему медицинские услуги), при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт гражданина РФ и пр.). По запросу скан-копия справки может быть отправлена на адрес электронной почты (для ознакомления), если он был указан в договоре (при посещении Центра). Оригинал справки готов (а) забрать в филиале:* _____

*Я понимаю, что Центром обрабатываются запросы, если они поступили с адресов электронной почты, указанных в договоре на оказании платных медицинских услуг со мной (пациентом), либо в заявлении, собственноручно написанном и подписанном мной (пациентом) во время **личной явки в Центр**.*

Подписывая данное заявление, я осознаю, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьи лицам. За несанкционированные действия с моим почтовым ящиком, которые могут привести в утечке персональной информации и неполучение отправленной справки об оплате медицинских услуг ООО «Гастроэнтерологический центр Эксперт» ответственности не несет.

Подписывая данное заявление, я подтверждаю достоверность сообщенных сведений.

«__»_____20__г. _____
(ФИО, подпись)