

Директору ООО МЦ «Атримед» Щербакову Д.А.

От \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ г.р.

ИНН \_\_\_\_\_

Проживающего(ей) по адресу:

\_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу предоставить **Справку** об оплате медицинских услуг, для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги в ООО МЦ «Атримед»

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

(указать дату/период оказания услуг)

Сумма оказанных услуг \_\_\_\_\_

Услуги оказаны:

Мне лично

Моему супругу(супруге) \_\_\_\_\_

ФИО, дата рождения

Моей матери(отцу) \_\_\_\_\_

ФИО, дата рождения

Моему ребенку(детям),

подопечному в возрасте до 18 лет \_\_\_\_\_

ФИО, дата рождения

Копии документов, подтверждающих степень родства, прилагаю

Способ выдачи справки(выделить нужное):

Лично заявителю по месту нахождения клиники(г.Уфа, ул.Зорге, 75)

Направить заказным письмом по адресу:

Индекс: \_\_\_\_\_

Область(район, край) \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Улица: \_\_\_\_\_

Дом: \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

Выдать доверенному лицу:

ФИО доверенного лица: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Подпись Заявителя) (ФИО Заявителя)

Заявление принял « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(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 данных в соответствии с законодательством Российской Федерации подтверждаю \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО Заявителя)