|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ**  **СПРАВКА ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**  **ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ**  **В НАЛОГОВЫЕ ОРГАНЫ РФ** | **C:\Users\lomova_1\Desktop\yourmed-совхозная-4к1.png** |

Генеральному директору ООО «Медицинский центр «Гиппократ»

Сархадову Н.Ш.

от

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия** | |  | | | |
| **Имя** | |  | | | |
| **Отчество** | |  | | | |
| **Паспорт** | **Серия** | |  | **Номер** |  |
| **Выдан** | | | | |
|  | | | | |
| **Дата выдачи** | |  | | |
| **Телефон** |  | | | | |

В соответствии с приказом Минздрава России и МНС России от 25 июля 2001 года № 289/БГ-3-04/256 прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации, а именно:

* услуг, оказанных мне в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года
* услуг, оказанных в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года следующим гражданам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество и дата рождения Пациента степень родства

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество и дата рождения Пациента степень родства

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество и дата рождения Пациента степень родства

Копии документов, подтверждающих степень родства, прилагаются (при необходимости).

Копия свидетельства о постановке на учет в налоговом органе физического лица по месту жительства на территории Российской Федерации прилагается.

Я **проинформирован (а),** что срок оформления ООО «Медицинский центр «Гиппократ»справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации составляет не менее 10 (десяти) календарных дней cо дня подачи настоящего заявления.

Я **разрешаю** использовать указанный выше телефон для информирования о готовности справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** |  | **Подпись** |  |