Директору
ООО «Клиника «Медгарант»
О.Е. Курковой

Заявление на выдачу справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации по расходам.

Фамилия, Имя, Отчество налогоплательщика (полностью)	
ИНН налогоплательщика	
Паспорт (серия и номер, дата выдачи)	
Дата рождения налогоплательщика	
Налоговый период (год)	За 202____год
Контактный номер телефона	
Электронная почта	

Прошу Вас предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги (нужное отметить **V**)

☐ Мне

☐ Моему супругу (супруге)

ФИО (полностью)	**Дата рождения**	**ИНН или паспортные данные**
Свидетельство о браке (серия, номер, дата выдачи)		

☐ Моим родителям

ФИО (полностью)	**Дата рождения**	**ИНН или паспортные данные**

☐ Моим детям

ФИО (полностью)	**Дата рождения**	**ИНН, паспортные данные или свидетельство о рождении**

Заполненное и подписанное заявление вы можете предоставить любым способом:

- Подать лично в ООО «Клиника МедГарант» по адресу: г. Пермь, ул. Полины Осипенко, д. 51 / ул. Пушкарской, д. 136А
- Отправить скан-копию или читаемое фото на эл. почту: medgarant14@yandex.ru

Срок изготовления справки до 30 календарных дней с даты подачи заявления.
Справку выдать следующим образом:

☐ Лично мне

☐ Направить по электронной почте (e-mail): _____

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.

_____ _____ /_____
дата подпись ФИО