

## Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО "МК "Эстет-Дент" (\* - обязательно к заполнению)

\*От

\_\_\_\_\_  
 Фамилия, Имя, Отчество  
 \*Тел.контактный \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

<b>* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика</b>																							
<b>*ИНН</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																						
Дата рождения налогоплательщика	_____ . _____ . _____																						
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ . _____ год																						
<b>*Налоговый период/год</b>																							
Медицинские услуги оказаны	_____ мне, _____ супруге (у) _____ сыну (дочери), _____ матери (отцу)																						
<b>*Фамилия Имя Отчество пациента</b>																							
<b>*ИНН</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																						
Дата рождения пациента	_____ . _____ . _____																						
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ . _____ год																						
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024 г.) ГОД _____																							
Сумма расходов на оказанные медицинские услуги										руб.													
*Согласие Заявителя на обработку персональных данных. Подписание заявления означает, что в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" - подтверждает свое согласие на обработку Обществом своих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество; ИНН; дату рождения; паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, когда и кем выдан, код подразделения); адрес постоянной регистрации и проживания; контактный телефон; и прочие данные, необходимые для Общества (далее по Заявлению – Персональные данные) – в целях предоставления справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в Обществе по настоящему Заявлению; - предоставляет Обществу право передавать персональные данные в соответствии с действующим законодательством в налоговые органы Российской Федерации, - предоставляет Обществу право осуществлять все действия (операции) со своими Персональными данными, включая их получение, сбор, запись, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение хранение - предоставляет Обществу право обрабатывать свои Персональные данные, как на бумажных носителях, так и посредством внесения их в электронную базу данных. Заявитель согласен с тем, что максимальный срок хранения Обществом его Персональных данных, соответствует сроку хранения справок об оплате медицинских услуг, утвержденной в соответствии с законодательством РФ и составляет 3 года. Заявитель вправе отозвать данное в настоящем согласие на обработку Персональных данных в любое время, направив в адрес Общества соответствующее заявление заказным письмом с уведомлением о вручении его Обществу либо вручив такое заявление представителю Заявителя. Общество обязано прекратить обработку Персональных данных заявителя и уничтожить их в течение трех рабочих дней, следующих за датой получения от Заявителя соответствующего заявления. Требование об уничтожении и отзыве не распространяется на персональные данные, для которых нормативными правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения и обработки. 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 _____																							

Заявление получено \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Фамилия И.О. \_\_\_\_\_

Справка получена \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Фамилия И.О. \_\_\_\_\_