

Период оказания услуг: с **01.01.2024** года
Заявитель: **супруг/супруга физического лица, оплатившего услуги** (в том числе если плательщик и пациент являются одним лицом)

Заместителю директора
по лечебной работе
ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна»
Минздрава России
Ластевскому А.Д.

от

(фамилия)

(имя)

(отчество)

(дата рождения)

ИНН:

Документ удостоверяющий личность:

указать наименование документа, удостоверяющего личность, его серию

и номер, наименование органа, выдавшего указанный документ и дату его

выдачи

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫДАЧЕ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В НАЛОГОВЫЕ ОРГАНЫ РФ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг, оказанных в период с _____ по _____
(указать период, за который требуется справка)

пациенту _____
(указать Ф.И.О. полностью получателя медицинских услуг)

дата рождения _____ ИНН _____

документ удостоверяющий личность _____
указать наименование документа, удостоверяющего личность

№ _____ выдан _____
указать № документа, удостоверяющего личность и наименование органа, выдавшего указанный документ

дата выдачи документа, удостоверяющего личность _____

В целях получения обоими супругами социального налогового вычета по расходам на оказанную медицинскую услугу (медицинские услуги) мной и моей супругой/моим супругом согласовано распределение произведенной суммы расходов на оплату за оказанные медицинские услуги в следующих размерах:

На оплату медицинских услуг в вышеуказанный период мной произведены расходы в размере _____
(указать сумму)

На оплату медицинских услуг в вышеуказанный период моим супругом/моей супругой произведены расходы в размере _____
(указать сумму)

2 0
(дата)

(подпись)

Документы прошу выдать:

лично

доверенному лицу _____
(Ф.И.О., дата рождения доверенного лица)

выслать Почтой России по адресу: _____

направить по электронной почте: _____
(адрес электронной почты)

Подавая настоящее Заявление, я разрешаю обработку предоставленных лично мной своих персональных данных с целью обеспечения соблюдения Оператором законов и других нормативных правовых актов, в том числе в части рассмотрения обращения граждан и выдачи справок об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уничтожение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, уничтожение персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства РФ. Перечень персональных данных, обрабатываемых Оператором - ФГБУ "ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна" Минздрава России (ИНН 5406011563, 630091 г. Новосибирск, ул. Фрунзе, д. 17): фамилия, имя, отчество, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон, ИНН, почтовый адрес, адрес электронной почты (в случае их предоставления).

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение срока, установленного действующим законодательством.

« ___ » _____ 20 ___ г.

Личная подпись _____

В случае, если данные ИНН и/или документа, удостоверяющего личность пациента, в заявлении не указаны, в справке об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган будут указаны, данные, содержащиеся в заключенном договоре на оказание платных медицинских услуг.