Приложение №3 к приказу от «05» февраля 2024

Директору ООО НПЦ «ИНДИГО»

Губской Л.И.

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фио заявителя)

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес э/почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выдаче документов для получения налогового вычета за оказанные медицинские услуги**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фио заявителя, законного представителя) (серия, номер)

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года,

(наименование органа, выдавшего паспорт) (дата выдачи)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_года рождения, ИНН (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу выдать документы для получения налогового вычета за медицинские услуги, оказанные

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_года рождения,

 (фио пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование документа, удостоверяющего личность пациента, серия, номер)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года,

(наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи)

ИНН (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

законным представителем/супругом/ребёнком которого я являюсь (реквизиты документа,

 (нужное подчеркнуть)

подтверждающего родство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование документа, серия, номер)

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года),

(наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи)

за период\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год/годы, на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

лично / на указанный адрес электронной почты.

 (нужное подчеркнуть)

**Даю свое согласие** на использование адреса электронной почты для передачи сведений, содержащих врачебную тайну, и **подтверждаю, что осведомлен** о том, что электронная почта не относится к защищенным каналам связи (в соответствии с требованиями ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. и ФЗ № 323 от 21.11.2011 г.)

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

 Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_