



**КУРОРТ КИСЕГАЧ**

Генеральному директору  
ООО «Курорт «Кисегач»  
Булатову С.В.

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О полностью)

Телефон \_\_\_\_\_

Эл. адрес \_\_\_\_\_

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

ФИО плательщика \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

ИНН плательщика \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес по прописке \_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность: паспорт серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_

код подразделения \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг за 20\_\_ год для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные мне  супруге(у)  сыну(дочери)  матери(отцу)  медицинские услуги в ООО «Курорт «Кисегач».

**Нижние строки заполняются, если налогоплательщик оплачивал лечение родственнику.**

1. ФИО пациента \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

ИНН пациента \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес по прописке \_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность: паспорт серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_

код подразделения \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

2. ФИО пациента \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

ИНН пациента \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес по прописке \_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность: паспорт серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_

код подразделения \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

**Настоящей подписью даю согласие ООО «Курорт «Кисегач» на обработку моих персональных данных.**

**Подписывая настоящее заявление, подтверждаю, что все персональные данные лиц, указанных в данном заявлении, предоставляю с их добровольного согласия.**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)