

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации на имя налогоплательщика \_\_\_\_\_, за лечение \_\_\_\_\_.

Документы, подтверждающие факт оплаты, необходимы за период \_\_\_\_\_

**Пациент:** Пациента с указанием степени родства, если оплачивалось за родственника: **Супруга, Супруг, Дочь, Сын – до 18 лет, или до 24 лет если очное обучение, Мать, Отец :**

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

**Пациент:** Пациента с указанием степени родства, если оплачивалось за родственника: **Супруга, Супруг, Дочь, Сын – до 18 лет, или до 24 лет если очное обучение, Мать, Отец :**

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

**Налогоплательщик (кто будет подавать документы, справку в Налоговую)**

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ г.

Телефон \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Паспортные данные серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Когда выдан \_\_\_\_\_

Индекс \_\_\_\_\_

Адрес по прописки Налогоплательщика:

\_\_\_\_\_

Электронный адрес \_\_\_\_\_ печатными буквами

К справке прошу приложить (нужное отметить, возможно, что-то у Вас уже есть из этого списка):

- копию лицензии медицинской организации;
- договор на оказание медицинских услуг.
  - выслать на электронную почту Да / Нет
- Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что все персональные данные третьих лиц, указанные мною в данном заявлении я предоставляю с их добровольного согласия.

(Дата)

(подпись)

Директору АО МНПО «Клиника «Движение»

А.В. Забазнову

от \_\_\_\_\_

(пациента, заказчика, плательщика)

### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

место жительства \_\_\_\_\_

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», главы 14 ТК РФ даю свое согласие медицинской организации АО МНПО «Клиника «Движение» ИНН 3443039806, КПП 344301001, ОГРН 1023402970854, 400107 г. Волгоград, ул. Рионская д.2:

На автоматизированную обработку, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, следующих персональных данных в документальной и/или электронной форме:

- фамилия, имя, отчество; - дата и место рождения; - пол;
- гражданство; - паспортные данные; - адрес места жительства;
- семейное положение и сведения о членах семьи; - номер телефона, адрес электронной почты;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
- сведения о состоянии здоровья.

#### Для предоставления социального вычета на пациента, заказчика, плательщика медицинских услуг :

- фамилия, имя, отчество пациента / заказчика / плательщика / родственника;
- дата и место рождения; - пол; - гражданство;
- паспортные данные и данные свидетельства о рождении, ФИО отца или матери ребенка;
- адрес места жительства; - семейное положение и сведения о членах семьи;
- сведения о наименовании учебного заведения, номер группы, класса, курса, название факультета;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования

Согласие дается мною для следующих целей:

- обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- предоставление сведений в ИФНС России справок по форме для предоставления социального вычета на лечение других выплат;
- предоставление сведений работникам АО МНПО «Клиника «Движение» и третьим лицам, необходимых для выполнения распоряжения для передачи справки об оплате медицинских услуг.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва мною в письменной форме.

В соответствии с положениями части 2 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" оставляю за собой право отозвать данное согласие. Ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

(подпись пациента,  
заказчика, плательщика)