

## Заявление

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Первый Мед» (все поля обязательны к заполнению).

От \_\_\_\_\_

Фамилия, Имя, Отчество

Тел. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

<b>Фамилия, имя, отчество налогоплательщика</b>													
<b>ИНН</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
<b>Дата рождения налогоплательщика</b>													
<b>Документ, удостоверяющий личность</b>	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » ____ . ____ год												
<b>Налоговый период/год</b>													
<b>Медицинские услуги оказаны</b>	_____ мне, _____ супруге (у) _____ сыну (дочери), _____ матери (отцу)												
<b>Фамилия, имя, отчество пациента</b>													
<b>ИНН</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
<b>Дата рождения пациента</b>													
<b>Документ, удостоверяющий личность</b>	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 \_\_\_\_\_

**Получить справку обязательно очно по адресу г. Калининград, ул. П.Панина,8а. Необходимо предъявить паспорт**

Заявление получено	_____	_____	_____
	Дата	подпись	Фамилия И.О. принявшего
Справка получена	_____	_____	_____
	Дата	подпись	Фамилия И.О.получателя