

Директору ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г. И. Турнера» Минздрава России
д.м.н. профессору Виссарионову С. В.

от _____

Дата рождения _____ ИНН _____

Почтовый адрес _____

_____ индекс _____

телефон _____

e-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Я, _____,
прошу оформить справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы
Российской Федерации за (указать налоговый период) _____.

Услуги были оказаны: _____
(выбрать нужное: мне, супруге(у), сыну, дочери, отцу, матери, подопечному(ой))

Данные Пациента: _____,
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

_____,
(документ, удостоверяющий личность, серия, номер, кем и когда выдан) (ИНН, если есть)

Документы, подтверждающие произведенные расходы (кассовые чеки, договор), представляю
(перечислить): _____

Справку об оплате медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России прошу передать (выбрать один вариант):

1. мне лично _____
(подпись, расшифровка)

2. по почте наложенным платежом _____
(почтовый адрес, индекс)

3. по электронной почте: _____
(адрес электронной почты)

1. Подписывая данное заявление, я осознаю, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленной справки об оплате медицинских услуг ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России ответственности не несет.

2. Подписывая данное заявление, я подтверждаю достоверность сообщенных сведений.

3. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных в федеральном государственном бюджетном учреждении "Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

«____» _____ 202__ г.

(подпись, расшифровка)