

Директору ООО «Успех»

**Зарипову Р.Н.**

от \_\_\_\_\_

(ФИО и дата рождения (полностью) физического лица, оплатившего  
мед. услуги)

ИНН \_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить **Справку** об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги в ООО «Успех».

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом: **ДА / НЕТ**

(нужное подчеркнуть)

Данные пациентов:

1.	Фамилия	
	Имя	
	Отчество	
	Дата рождения	
	<b>ИНН</b>	
2.	Фамилия	
	Имя	
	Отчество	
	Дата рождения	
	<b>ИНН</b>	
3.	Фамилия	
	Имя	
	Отчество	
	Дата рождения	
	<b>ИНН</b>	
4.	Фамилия	
	Имя	
	Отчество	
	Дата рождения	
	<b>ИНН</b>	
5.	Фамилия	
	Имя	
	Отчество	
	Дата рождения	
	<b>ИНН</b>	

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка подписи)

Необходимо выбрать **один** из трех предложенных способов получения **Справки**.

Способ получения справки:	Год		
	2023	2024	2025
1. На бумажном носителе прошу отдать <b>лично / по доверенности</b> . <i>(нужное подчеркнуть)</i> От передачи в электронной форме в налоговые органы РФ отказываюсь.			
2. В виде скан-копии на <b>адрес электронной почты</b>	2023	2024	2025
3. В <b>электронной форме путем передачи в налоговые органы РФ</b> Даю свое согласие на обработку персональных данных (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) и <b>разрешаю/не разрешаю</b> <i>(нужное подчеркнуть)</i> передавать мои персональные данные в налоговые органы Российской Федерации Настоящее согласие действует в течение всего периода хранения персональных данных, если иное не предусмотрено законом Российской Федерации.	-	2024	2025

---

(Дата)

(Подпись)

(Расшифровка подписи)