

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг
для предоставления в налоговые органы**

ФИО налогоплательщика			
Дата рождения		Контактный телефон	
ИНН или Серия и номер паспорта налогоплательщика			
Налоговый период (год)			
Анализы в ИНВИТРО <small>(отметить нужное v)</small>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	

Справка об оплате медицинских услуг, оказанных следующим лицам

(отметить нужное v)

<input type="checkbox"/> Мне	
<input type="checkbox"/> Супруге (супругу)	
ФИО, дата рождения	
ИНН или Серия и номер паспорта или Свидетельство о рождении пациента	
<input type="checkbox"/> Моим родителям	
ФИО, дата рождения	
ИНН или Серия и номер паспорта или Свидетельство о рождении пациента	
ФИО, дата рождения	
ИНН или Серия и номер паспорта или Свидетельство о рождении пациента	
<input type="checkbox"/> Моим детям	
ФИО, дата рождения	
ИНН или Серия и номер паспорта или Свидетельство о рождении пациента	
ФИО, дата рождения	
ИНН или Серия и номер паспорта или Свидетельство о рождении пациента	
ФИО, дата рождения	
ИНН или Серия и номер паспорта или Свидетельство о рождении пациента	

Прошу выдать следующим способом

(отметить нужное v)

<input type="checkbox"/> Лично мне	
<input type="checkbox"/> Электронной почтой	
e-mail	
<input type="checkbox"/> Я доверяю получить	
ФИО доверенного лица	
Паспортные данные	Номер _____ кем выдан _____ дата выдачи _____

Подписанием настоящего заявления предоставляю ООО «Сибирь» согласие на осуществление обработки перечисленных в заявлении моих персональных данных в порядке и на условиях, установленных в ООО «Сибирь», в целях выдачи справки, а равно согласие на получение справки и использованием открытых (незащищенных) каналов связи (в случае выбора способа получения справки по электронной почте)

« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись)

(ФИО заявителя)