

Директору ООО МЦ «Лотос» Коляда Е.В.

От: _____

(ФИО Пациента/Налогоплательщика)

Контактный тел. _____

(Адрес места проживания для направления корреспонденции) _____

Заявление

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ.

| | | |
|--|--|----------------------------|
| 1. | Период налогового возврата | |
| 2. | Код справки | 01/02 -нужное подчеркнуть |
| 3. | Данные налогоплательщика: | |
| | ФИО, дата рождения | |
| | ИНН | |
| | Сведения документа, удостоверяющего личность (код подразделения, серия, номер, дата выдачи) | |
| 4. | Данные пациента (Заполняется в случае, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом) | |
| | ФИО, дата рождения | |
| | ИНН | |
| | Сведения документа, удостоверяющего личность (код подразделения, серия, номер, дата выдачи) | |
| 5. | Проводились ли медицинские консультации с использованием телемедицинских технологий (если ДА, то необходимо предоставить копию чека об оплате онлайн консультаций и копию Пользовательского соглашения с ООО «АйТиМедКорп) | ДА/НЕТ -нужное подчеркнуть |
| Способ получения (указать): | | |
| <input type="checkbox"/> Представить в налоговый орган по месту нахождения медицинской организации в электронной форме по телекоммуникационным каналам связи. | | |
| <input type="checkbox"/> Направить скан-копию справки посредством электронной почты, указанной в заявлении. | | |
| <input type="checkbox"/> Почтовым отправлением по указанному в заявлении адресу. | | |
| ВАЖНО: Медицинский центр отправит справку (пакет документов) письмами или бандеролями с объявленной ценностью с наложенным платежом . <u>Высылку оплачивает получатель (налогоплательщик)</u> (на основании Решения Верховного Суда РФ от 23 мая 2012 г. N АКПИ12-487). | | |
| <input type="checkbox"/> Лично на филиале, расположенном по адресу: _____ (при предъявлении паспорта Пациента, Налогоплательщика, нотариально заверенной доверенности на получение справки). | | |

Настоящим ООО МЦ «Лотос» предупреждает Заявителя о возможности несанкционированного доступа иных лиц к сведениям, содержащим врачебную тайну в случае направления заявителем настоящего обращения посредством электронной почты, равно как и при отправлении заявителю готовых документов посредством электронной почты, почты России. _____ / _____ (согласие, подпись Заявителя)

Подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.

Дата

Подпись

ФИО