

Главному врачу ГБУЗ «Детская
стоматологическая поликлиника №30 ДЗМ»

Кузьмичевской М.В.

От _____

(Ф.И.О. заявителя полностью)

ИНН _____

Телефон _____

Заявление

о выдаче справки об оплате медицинских услуг

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ (далее – Справка) за оказанные ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №30 ДЗМ» мне, супругу, сыну (дочери), матери (отцу), подопечному в возрасте до 18 лет (нужное подчеркнуть)

(указать полностью Ф.И.О. лица, которому оказаны медицинские услуги)

за _____ год.

Сведения о способе получения запрашиваемой Справки:

- _____ (при личном обращении в учреждение/почтовой связью – почта России/ по электронной почте – нужно указать);
- _____ (адрес направления Справки).

Подписанием настоящего Заявления предоставляю ГБУЗ «ДСП №30 ДЗМ» согласие на осуществление обработки перечисленных в Заявлении моих персональных данных в порядке и на условиях, установленных в ГБУЗ «ДСП №30 ДЗМ», в целях выдачи Справки. А равно согласие на получение справки с использованием открытых (незащищенных) каналов связи (в случае выбора способа получения справки по электронной почте).

« ____ » _____ 202__ г.

(подпись)

(Ф.И.О. заявителя)