Приложение №4 к Приказу №6 от 09.01.2024 г.

Главному врачу ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №30 ДЗМ»

Кузьмичевской М.В.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. заявителя полностью)

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

о выдаче справки об оплате медицинских услуг

Предоставляю данные физического лица, **оплатившего** медицинские услуги:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество (полностью, печатными буквами) |  |
| ИНН |  |
| Серия номер паспорта |  |
| Дата выдачи паспорта |  |
| Дата рождения |  |

Предоставляю данные физического лица, **которому оказаны**  медицинские услуги:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество (полностью, печатными буквами) |  |
| ИНН |  |
| Серия номер паспорта (с 14 лет) |  |
| Дата выдачи паспорта (с 14 лет) |  |
| Серия номер свидетельства о рождении (до 14 лет) |  |
| Дата выдачи свидетельства о рождении (до 14 лет) |  |
| Дата рождения |  |

**Ознакомлен (-а) со сроком изготовления справки по расходам, понесенным за 2021-2023 г.г. - 10 календарных дней, со дня подачи Заявления, и справки по расходам, понесенным с 01.012024 г. - 30 календарных дней, со дня подачи Заявления, для оправки учреждением в ИФНС.**

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 и отправки Справки.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, ИО) подпись

дата