

Главному врачу БУЗ ВО «ВГСП»  
С.В. Блинову

от \_\_\_\_\_  
(ФИО налогоплательщика)

Телефон: \_\_\_\_\_

**Заявление  
на выдачу справки об оплате медицинских услуг  
для предоставления в налоговый орган**

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган за оказанные медицинские услуги в БУЗ ВО «ВГСП» в \_\_\_\_\_ году.

ИНН налогоплательщика	
Дата рождения налогоплательщика	
Документ, удостоверяющий личность налогоплательщика ( <i>требуется в случае, если не указан ИНН налогоплательщика</i> )	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «__» _____ год
Медицинские услуги оказаны ( <i>нужное подчеркнуть</i> )	мне, супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу)

**Заполняется, если налогоплательщик и пациент НЕ являются одним лицом:**

Фамилия, Имя, Отчество пациента	
Дата рождения пациента	
ИНН пациента	
Документ, удостоверяющий личность пациента ( <i>требуется в случае, если не указан ИНН пациента</i> )	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «__» _____ год

Медицинские услуги получил(а) в отделении БУЗ ВО «ВГСП», расположенном по адресу:

- г. Вологда, ул. Батюшкова, д.9,  - г. Вологда, ул. Текстильщиков, д. 20   
- г. Вологда, ул. Гоголя, д. 93  - г. Вологда, ул. 3 Интернационала, д. 4   
- г. Вологда, ул. Козленская, 76

На обработку персональных данных согласен(а):

Подписывая настоящее Заявление, подтверждаю, что все персональные данные лиц, указанных в данном Заявлении, предоставляю с их добровольного согласия.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Справку получил(а): \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (расшифровка)