

Главному бухгалтеру
СПб ГБУЗ «Городская больница №20»
О.В. Цыгановой
От _____

Дата рождения _____ ИНН _____

Почтовый адрес _____

_____ Индекс _____

Телефон _____

e-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Я, _____,
прошу оформить Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за *(указать налоговый период)* _____.
Услуги были оказаны: _____

(выбрать нужное: мне, супруге(у), сыну, дочери, отцу, матери, подопечному (ой))

Данные пациента: _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

(документ, удостоверяющий личность, серия, номер, кем выдан)

(ИНН, если есть)

Документы, подтверждающие произведенные расходы (копии кассовых чеков, копии договоров) представляю *(перечислить)*:

Справку об оплате медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Городская больница №20» прошу передать *(выбрать один вариант)*:

1. мне лично _____

(подпись, расшифровка)

2. по электронной почте _____

(адрес электронной почты)

3. моему представителю *(по доверенности)* _____

(фамилия, имя, отчество представителя)

4. в электронном виде в налоговые органы РФ _____

(подпись, расшифровка)

Подписывая данное заявление, я осознаю, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленной справки об оплате медицинских услуг СПб ГБУЗ «Городская больница №20» ответственности не несет.

Подписывая данное заявление, я подтверждаю достоверность сообщенных сведений.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных в СПб ГБУЗ «Городская больница №20».

Дата _____

(подпись)

(Фамилия И.О.)