

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ об оплате медицинских услуг в ООО ЦР  
«РЕЗОНАНС»  
для представления в налоговый орган (начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024 года).**

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг в \_\_\_\_\_ году для представления в налоговый орган. Сообщаю следующие данные:

Данные ПАЦИЕНТА:

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_, либо

серия и номер паспорта \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Пациент и налогоплательщик являются одним лицом - НЕТ - ДА.

Если НЕТ, то Данные НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА  
(пациентом является - его супруг/супруга, сын/дочь, мать/отец):

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_, либо

серия и номер паспорта \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Обращаем ваше внимание, что необходимо заполнить все строки заявления.  
Заполненное и подписанное заявление вы можете отдать в регистратуру клиники,  
либо отправить скан копию (либо читаемое фото) на email: [ooo-cr-rezonans@mail.ru](mailto:ooo-cr-rezonans@mail.ru)  
Срок изготовления справки 30 календарных дней

Справку прошу выдать:

- лично (доверенному лицу) – для получения обязательен паспорт.
- отправить на электронную почту – обязательен запрос на получение справки именно с той почты, на которую будет выслана справка.

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

/ \_\_\_\_\_ / подпись ФИО \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. тел. +7 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

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.