**Заявление**

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «БЛИК-ТРЕЙД» ИНН 3808077225

\*От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия, Имя ,Отчество

\*Тел.контактный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \* **Фамилия Имя Отчество налогоплательщика** |  |
| **\*ИНН** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Дата рожденияналогоплательщика |  \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ |
| Документ, удостоверяющий личность | Вид документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год |
| **\*Налоговый период/год** |  |
| Медицинские услуги оказаны | \_\_\_\_мне, \_\_\_\_\_\_\_супруге (у) \_\_\_\_\_\_\_сыну (дочери), \_\_\_\_\_\_\_\_матери (отцу) |
| **\*Фамилия Имя Отчество пациента** |  |
| **\*ИНН** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
|  Дата рождения пациента | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ |
| Документ, удостоверяющий личность | Вид документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год |
| Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024 г.)ГОД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. |
|  \*Согласие Заявителя на обработку персональных данных. Подписание заявления означает, что в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ"О персональных данных" - подтверждает свое согласие на обработку Обществом своих персональных данных , включающих фамилию, имя, отчество; ИНН; дату рождения; паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, когда и кем выдан, код подразделения); адрес постоянной регистрации и проживания; контактный телефон; и прочие данные, необходимые для Общества (далее по Заявлению – Персональные данные) – в целях предоставления справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в Обществе по настоящему Заявлению; - предоставляет Обществу право передавать персональные данные в соответствии с действующим законодательством в налоговые органы Российской Федерации, - предоставляет Обществу право осуществлять все действия (операции) со своими Персональными данными, включая их получение, сбор, запись, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение хранение - предоставляет Обществу право обрабатывать свои Персональные данные, как на бумажных носителях, так и посредством внесения их в электронную базу данных. Заявитель согласен с тем, что максимальный срок хранения Обществом его Персональных данных, соответствует сроку хранения справок об оплате медицинских услуг, утвержденной в соответствии с законодательством РФ и составляет 3 года. Заявитель вправе отозвать данное в настоящем согласие на обработку Персональных данных в любое время, направив в адрес Общества соответствующее заявление заказным письмом с уведомлением о вручении его Обществу либо вручив такое заявление представителю Заявителя. Общество обязано прекратить обработку Персональных данных заявителя и уничтожить их в течение трех рабочих дней, следующих за датой получения от Заявителя соответствующего заявления. Требование об уничтожении и отзыве не распространяется на персональные данные, для которых нормативными правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения и обработки. На обработку персональных данных согласен (а)

|  |
| --- |
|  |

 |
| **Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.** |
| Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление получено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата подпись Фамилия И.О.

Справка получена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата подпись Фамилия И.О.