Директору ООО **«Стоматологический Центр «Дента-Люкс»**

170100, Россия, г. Тверь**, ул. Московская, д. 26** телефон: (4822) 78-50-50

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ телефона :

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

**Запрос на подготовку справки в налоговую  
1. Период лечения (указать год): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Данные физ.лица (его супруга/супруги, Законного представителя), оплатившего медицинские услуги, далее НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК (ЗАЯВИТЕЛЬ):**

**\*ФИО налогоплательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*Дата рождения налогоплательщика:**

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

**\*ИНН (налогоплательщика)**

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

**3. Налогоплательщик и пациент являются одним лицом:**

**\* ДА / НЕТ (нужное подчеркнуть)**

**4. Данные физ.лица, которому оказаны медицинские услуги, далее ПАЦИЕНТ (заполняется, если в в п.3 ответ «НЕТ»)**

**\*5. ФИО пациента:** ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Дата рождения пациента:**

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

**\*ИНН (пациента):**

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

**\*6. Способ получения (отметить ˅):**

|  |
| --- |
|  |

**Лично (в печатном виде)** – выберите адрес филиала

|  |
| --- |
|  |

по адресу: г.Тверь.ул.Московская,26

|  |
| --- |
|  |

по адресу: г.Тверь, ул.Скворцова-Степанова,9

|  |
| --- |
|  |

**Передача сведений в личный кабинет налогоплательщика (только за период 2024)**

**«\*» отмечены поля – обязательные для заполнения !!!**

**Срок изготовления справки до 30 календарных дней с даты подачи запроса.**

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями ФЗ 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

**Заполненный бланк отправить на эл. почту:** [**dentaluxe@mail.ru**](mailto:dentaluxe@mail.ru)

Справка получена лично:   
Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_