Директору ООО **«Стоматологическая практика «Дента-Люкс»**

 170042, Россия, г. Тверь**, ул. Скворцова-Степанова, д.9, пом.III.** Телефон: (4822) 78-50-50

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

№ телефона (для информирования о готовности):

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

  **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)** + электронно отправка сведений в налоговую **– только за период 2024 г** (укажите филиал, удобный для получения лично):

|  |
| --- |
|  |

В филиале по адресу: г.Тверь.ул.Московская,26

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

 **По электронной почте на E-mail** (для иногородних пациентов) + электронно отправка сведений в налоговую – только за период 2024 г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Заполненный бланк отправить на эл. почту:** **dentaluxe@mail.ru**

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