|  |
| --- |
| **Министерство здравоохранения Смоленской области**  **----------**  **Областное государственное автономное учреждение**  **здравоохранения**  **Смоленская областная клиническая стоматологическая**  **поликлиника** |

**Заявление на выдачу справки об оплате медицинских услуг для**

**предоставления в налоговый орган**

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган за оказанные медицинские услуги в ОГАУЗ «СОКСП»

**1. ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Дата рождения пациента «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.**

**3. Паспорт пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.**

(серия) (номер) (дата выдачи)

**4. ИНН пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5. ФИО налогоплательщика

(кто оплачивал мед услуги) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Дата рождения налогоплательщика «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.

7. Паспорт налогоплательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.

(серия) (номер) (дата выдачи)

8. ИНН налогоплательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. За какой год нужна справка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10. Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Степень родства пациенту (мать, отец, сын, дочь, супруг, супруга)**

нужное подчеркнуть

Выдать справку доверенному лицу (справка выдается только в случае, если доверенное лицо прописано в заявлении и при предъявлении доверенным лицом документа, удостоверяющего личность):

ФИО доверенного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Комментарии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обращаем ваше внимание на то, что необходимо заполнить ВСЕ строки заявления. Частично заполненное заявление к обработке не принимается.** В случае, если пациент заполняет заявление за себя, то пункты **5-8 не заполняются.**

**К данному заявлению должны быть приложены чеки об оплате услуг.**

Заполненное и подписанное заявление вы можете передать в ОГАУЗ «СОКСП» любым способом:

* Принести его бумажную версию в бухгалтерию ОГАУЗ «СОКСП»
* Отправить скан-копию или читаемое фото на email: oblstom67@mail.ru

**Срок изготовления справки до 30 календарных дней (п. 3 прилож. № 4 приказа ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г.

(подпись) (расшифровка подписи)

**Заявление получено**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г.

(подпись) (расшифровка подписи)