ООО «Стоматологическая поликлиника №3» Директору ООО «Стоматологическая поликлиника №3» Тетерину М.А. Юр.адрес: г.Челябинск, ул.Котина, 26
Тел.\факс (351) 772 – 81 – 64 От:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [www.chelstom.ru](http://www.chelstom.ru)
«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. Контактный тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление
Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ.

1. ФИО **получателя налогового вычета** (на период, за который предоставляется налоговый вычет в том случае, если данные изменились, либо получателем услуг является близкий родственник, указать кем приходитесь пациенту)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. ФИО **получателя мед. услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

1. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Период налогового возврата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Сумма (на основании кассового чека, приходного ордера, зафиксированных в базе данных поликлиники) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Код справки: **«1»** - диагностические снимки (рентген, ОПТГ, КТ), лечение зубов, протезирование, в т.ч. с опорой на имплант, ортодонтическое лечение, в том числе съемные аппараты и брекет-системы, удаление зубов, в том числе все хирургические вмешательства (операции), профгигиена, лечение десен и слизистой оболочки полости рта

 **«2»** - хирургический этап имплантации.

**(нужное подчеркнуть)**

 **Настоящим ООО «Стоматологическая поликлиника №3» предупреждает заявителя о возможности несанкционированного доступа иных лиц к сведениям, содержащим врачебную тайну в случае направления заявителем настоящего обращения посредством электронной почты.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (согласие, подпись заявителя)**