

Генеральному директору  
ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России  
В.М. Мишарину

### Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг в ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

Данные физического лица (его супруга/супруги, отца/матери, сына/дочери), оплатившего медицинские услуги (далее – налогоплательщик):

ФИО \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Паспорт/Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Дата выдачи \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_  
ИНН \_\_\_\_\_  
Отчетный период \_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_

Тип (стационарно/амбулаторно) нужное подчеркнуть.

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (далее – пациент) (\*)

ФИО \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Паспорт/Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Дата выдачи \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_  
ИНН \_\_\_\_\_

Сумма расходов за оказанные медицинские услуги/или согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (нужное подчеркнуть и указать сумму) \_\_\_\_\_

Электронный адрес: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

(ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ПО ПОЧТЕ/ЭЛ ПОЧТЕ)

Предпочтительная форма получения справки (нужное подчеркнуть)

Очно (при предоставлении паспорта)

По электронной почте

Почтовым отправлением

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении, подтверждаю:

\_\_\_\_\_ ФИО

\_\_\_\_\_ Подпись

(\*) Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.