В ООО «Клиника ухо, горло, нос»

ИНН 5904250275, ОГРН 1115904009077

г. Пермь, ул. Клары Цеткин, 9 / ул. Газеты Звезда, 31А

ДОВЕРЕННОСТЬ

на получение справки об оплате медицинских услуг

для представления в налоговые органы РФ третьим лицом

г. Пермь «____» _____ 202___ г.

Я, нижеподписавшийся(-аяся) налогоплательщик (доверитель):

ФИО полностью: _____

Дата рождения: «____» _____ _____ г. ИНН: _____

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

_____ дата выдачи «____» _____ _____ г.

Адрес регистрации: _____

Контактный телефон: _____

настоящей доверенностью уполномочиваю гражданина(-ку) (получателя справки):

ФИО полностью: _____

Дата рождения: «____» _____ _____ г.

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

_____ дата выдачи «____» _____ _____ г.

Адрес регистрации: _____

получить в ООО «Клиника ухо, горло, нос» справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации (для получения социального налогового вычета) и сопутствующие документы за период: _____ г.

Сведения о пациенте (заполняется, если пациент и налогоплательщик — разные лица):

ФИО пациента: _____

Дата рождения: «____» _____ _____ г.

Паспорт / свидетельство о рождении: _____

В рамках настоящей доверенности уполномоченное лицо вправе подавать заявление на выдачу справки, расписываться в получении справки и совершать иные действия, связанные с выполнением данного поручения.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Настоящим подтверждаю согласие на обработку и передачу персональных данных, содержащихся в запрашиваемых документах, указанному доверенному лицу в соответствии с ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных».

Подпись доверителя (налогоплательщика): _____ / _____ /

(подпись) (расшифровка подписи)