

Главному врачу
БУЗ ВО «ВОПНД №1»
В.А. Воронову
Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА

Дата рождения _____
ИНН _____
Проживающего по адресу: _____

Паспорт: серия _____ номер _____
Выдан: когда _____ кем _____

Телефон: _____
Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА

Дата рождения _____
ИНН _____
Проживающего по адресу: _____

Паспорт: серия _____ номер _____
Выдан: когда _____ кем _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании ст.7, ст.9 ФЗ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», согласен (согласна) на передачу моих персональных данных (в том числе по незащищенным открытым каналам связи (электронной почте)), получение в письменном виде, а также сведений о том, обращался (обращалась) ли я за консультативно-лечебной помощью к врачу-психиатру, состою (состоял(а)) под диспансерным наблюдением у врача-психиатра, диагнозе и другой информации, связанной с оказанием мне медицинской помощи по месту постоянной регистрации, в соответствии с Положением, введенном Федеральным законом от 31.07.2023г. № 389-ФЗ "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса РФ, отдельные законодательные акты РФ, после окончания исполнения договора оказания платных услуг медицинских услуг **прошу выдать справку (документ) подтверждающий фактические расходы граждан, понесенные с 01 января 2024г. за оказанные услуги***.

Документы прошу:

- выдать на руки при личном обращении;
- направить на адрес электронной почты _____

дата

подпись

расшифровка

*срок исполнения заявления 30 календарных дней