Приложение №1

*к Регламенту «Об утверждении Регламента «О порядке выдачи и приеме заявлений от пациентов ООО МЦ «Лотос» о выдаче справок об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ.* *О порядке оформления рецептов на приобретение лекарственных средств, предоставляемых налогоплательщиками в налоговые органы»*

|  |  |
| --- | --- |
| **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г** | **Директору ООО МЦ «Лотос» Коляда Е.В.**От: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО Пациента/Налогоплательщика)Контактный тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Адрес места проживания для направления корреспонденции) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Заявление**

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

1. Период налогового возврата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Проводились ли медицинские консультации с использованием телемедицинских технологий **Да / Нет** (нужное подчеркнуть)
3. Код справки: 01/02 (нужное подчеркнуть)
4. **Данные физического лица (его супруга/супруги, Законного представителя), оплатившего медицинские услуги, далее НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК (ЗАЯВИТЕЛЬ)**

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (число, месяц, год): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения документа, удостоверяющего личность (код подразделения, серия, номер, дата выдачи):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Налогоплательщик и пациент являются одним лицом:

**Да / Нет** (нужное подчеркнуть)

1. Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем Заявлении, подтверждаю:

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги, далее ПАЦИЕНТ (заполняется в случае, если в п. 5 ответ «Нет»):**

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (число, месяц, год): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения документа, удостоверяющего личность (код подразделения, серия, номер, дата выдачи):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Дополнительно прошу предоставить**:
* Дубликат взамен утраченного договора на оказание мед услуг: Д**а / Нет** (нужное подчеркнуть)
* Дубликаты рецептов на ранее выписанные лекарственные средства**\*\*\*** (перечислить, какие именно, каким врачом выписанные)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Копию лицензии Медицинского центра: **Да / Нет** (нужное подчеркнуть).
1. **Способ получения (указать**):

 Лично на филиале, расположенном по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (при предъявлении паспорта Пациента, Налогоплательщика, нотариально заверенной доверенности на получение справки);

 Почтовым отправлением по указанному в заявлении адресу.

**ВАЖНО:**

Медицинский центр отправит справку (пакет документов) письмами или бандеролями с объявленной ценностью **с наложенным платежом**. Высылку оплачивает получатель (налогоплательщик) (на основании Решения Верховного Суда РФ от 23 мая 2012 г. N АКПИ12-487).

Скан-копия справки и дополнительно запрашиваемых документов посредством электронной почты зарегистрированной в базе Медицинского центра (при предъявлении паспорта Пациента, Налогоплательщика, нотариально заверенной доверенности на получение справки);

1. Если требуется справка по приему с использованием телемедицинских технологий, ЗАЯВИТЕЛЬ помимо основных документов, перечисленных в п.п. 1-7, должен указать дату приема, ФИО врача, проводившего онлайн прием, копию чека, копию Пользовательского положения с ООО «АйТи МедКорп». Срок предоставления справки 14 дней.

**ВНИМАНИЕ!**

* В случае, если справка оформляется на медицинские услуги, оказанные несовершеннолетнему пациенту (в возрасте до 18 лет), Налогоплательщиком указывается Законный представитель, указанный в договоре оказания медицинских услуг с несовершеннолетним.
* При заказе/получении справки от имени иного лица, НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКУ (Заявителю) при себе необходимо предоставить свой паспорт, номер ИНН, копию паспорта ПАЦИЕНТА, его номер ИНН, нотариально заверенную доверенность с правом заказа соответствующих документов и получением информации о факте обращения пациента в медицинское учреждение, составляющей врачебную тайну (в соотв. с Законом № 323-ФЗ от 21.11.2011г).
* В Справке на основании кассового чека (приходного ордера или иного документа, подтверждающего внесение денежных средств) указывается стоимость медицинской услуги по коду 1 или дорогостоящего лечения по коду 2, оплаченных за счет средств налогоплательщика.
* При наличии технической возможности предоставления рецепта. Плановый срок предоставления дубликата рецепта 14 дней.
* В случае направления запрашиваемых документов почтой России (по поручению заявителя), срок предоставления запрашиваемых документов увеличивается пропорционально сроку доставки отправления и зависит от работы почты России.

**Настоящим ООО МЦ «Лотос» предупреждает** Заявителя о возможности несанкционированного доступа иных лиц к сведениям, содержащим врачебную тайну в случае направления заявителем настоящего обращения посредством электронной почты, равно как и при отправлении заявителю готовых документов посредством электронной почты, почты России.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (согласие, подпись Заявителя)