

**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА»  
ИНН/КПП 7019027425/701701001**

634009, г. Томск, ул. К. Маркса, 44  
тел. (3822) 909-724  
634024, г. Томск, пр. Кирова, 14а  
тел. (3822) 909-749

Заявление  
о выдаче справки об оплате медицинских услуг  
(заполняется печатными буквами)

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг за \_\_\_\_\_ год (нужное отметить **V**):

- Справку предоставить в печатном виде (заберу лично).
- Справку предоставить в печатном виде (отправить Почтой России).

Адрес: \_\_\_\_\_

- Справку предоставить в печатном виде (отправить электронной почтой).  
E-mail: \_\_\_\_\_
- Справку отправить в электронном виде в налоговый орган, печатный вариант не требуется. Уведомление о статусе принятия справки в ИФНС будет отображено в личном кабинете налогоплательщика.

**Налогоплательщик** (тот, кто подает декларацию) – **ФИО:** \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_

Контактный номер телефона \_\_\_\_\_

- Налогоплательщик и пациент является одним лицом**

- Медицинские услуги оказаны сыну (дочери)**

**Пациент, ФИО:** \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_ ИНН (при наличии) \_\_\_\_\_

Свидетельство о рождении (дети до 14 лет): серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_

- Медицинские услуги оказаны супруге (у)**

**Пациент, ФИО:** \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_

Свидетельство о браке: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО

Заполненное заявление можно отправить нам на электронную почту  
**ogauz-odb@tomsk.gov70.ru, podolyakotn@odbtomsk.ru.**