

№АК 987654



от

В ФГБУЗ МСЧ № 170 ФМБА России

**1Иванова Анна Ивановна**

ФИО

телефон:

**8-999-223-33-15**

электронная почта:

**pochta@yandex.ru**

### Заявление

#### о выдаче справки об оплате медицинских услуг

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации в целях получения социального налогового вычета по НДФЛ за медицинские услуги, оказанные по Договору на оказание платных медицинских услуг № 2 от 15.01.2024г.

<b>ФИО НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА</b>		<b>1Иванова Анна Ивановна</b>
ИНН налогоплательщика		<b>33333333333</b>
Дата рождения:	<b>01.01.1975</b>	Налоговый период: <b>2024 год</b>
Паспорт налогоплательщика		<b>паспорт 4611 234564, выдан 01.01.2001, ТП №2 код подр. 111-112</b> (серия, номер, дата выдачи, код подразделения, кем выдан)
Адрес регистрации по паспорту (дата регистрации должна соответствовать налоговому периоду):		<b>Московская обл., г. Клин, д. Ситники, ул. Новая, дом 5</b>
Адрес места проживания (период проживания должен соответствовать налоговому периоду):		<b>тот же</b>
<b>Предпочтительная форма получения Справки (отметить V):</b>		
лично на руки	<input type="checkbox"/>	
по электронной почте	<input checked="" type="checkbox"/>	
Дата 04.02.2025 г.	Подпись	<b>/1Иванова Анна Ивановна</b>

число, месяц, год

подпись, инициалы, фамилия лица, подписавшего заявление

Пациентом (налогоплательщиком) должны быть подписаны следующие документы:

- Согласие на обработку персональных данных;
  - Согласие на рассылку информации по электронной почте;
- Договор на оказание платных медицинских услуг (двухсторонний)