

от _____

ФИО

Телефон: _____

Электронная почта: _____

**Заявление
о выдаче справки об оплате медицинских услуг¹
(за себя)**

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 № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, имя, отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА												
ИНН налогоплательщика												
Дата рождения:		Налоговый период:										год
ПАСПОРТ налогоплательщика:												
(серия, номер, дата выдачи, код подразделения, кем выдан)												
Адрес регистрации по паспорту (дата регистрации должна соответствовать налоговому периоду):												
Адрес места проживания (период проживания должен соответствовать налоговому периоду):												
<p>Предпочтительная форма получения Справки (отметить V):</p> <p>лично на руки <input type="checkbox"/></p> <p>по электронной почте <input type="checkbox"/></p> <p>Дата _____ 20 ____ г. Подпись _____ /</p>												

число, месяц, год

подпись, инициалы, фамилия лица, подписавшего заявление

Пациентом/налогоплательщиком должны быть подписаны следующие документы:

- Согласие на обработку персональных данных (по 1 экз. с налогоплательщика и с пациента)
- Согласие на рассылку информации по электронной почте
- Договор на оказание платных медицинских услуг

¹. Заявление подается на основании п. 2 Порядка заполнения формы справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган (Приложение N 2 к приказу ФНС России от 08.11.2023г. NEA-7-11/824@)