

№АК *560.10



В ФГБУЗ МСЧ № 170 ФМБА России

от Иванова Иванна 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 № 1** от 10.01.2024г.

ФИО НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА		Иванова Иванна Ивановна	
ИНН налогоплательщика		11111111111	
Дата рождения:	01.01.1975	Налоговый период:	2024 год
Паспорт налогоплательщика		паспорт 4611 234564, выдан 01.01.2001, ТП №2 код подр. 111-112 (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):		тот же	
Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть): супругу, супруге, сыну, дочери, матери, <u>отцу</u>			
ФИО ПАЦИЕНТА		Тест Тест Тест	
<i>(заполняется, если налогоплательщик и пациент разные лица)</i>			
ИНН пациента		22222222222	
Дата рождения:	29.10.1979	Налоговый период:	2024г.
Паспорт пациента		паспорт 4600 000000, выдан 01.01.1970, ТП №2 код подр. 111-000 (серия, номер, дата выдачи)	
Адрес регистрации по паспорту (дата регистрации должна соответствовать налоговому периоду):		Московская обл., г. Королев, ул. Ленина, дом 0, кв. 0	
Адрес места проживания (период проживания должен соответствовать налоговому периоду):		тот же	
Предпочтительная форма получения Справки (отметить V):			
лично на руки	<input type="checkbox"/>		
по электронной почте	<input checked="" type="checkbox"/>		
Дата	04.02.2025 г.	Подпись	/
		Иванова Иванна Ивановна	