

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫДАЧЕ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ В НАЛОГОВЫЕ ОРГАНЫ

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг, для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги в ООО "Правила жизни" с 2024г

			№ мед карты*
ФИО налогоплательщика			
дата рождения		контактный номер телефона	
ИНН налогоплательщика		налоговый период (год)	
паспортные данные	серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____		

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам

отметить нужное ☒

МНЕ		☐	
моему супругу(е)		☐	№ мед карты*
ФИО /дата рождения			
ИНН		налоговый период (год)	
паспортные данные	серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____		
моим родителям		☐	№ мед карты*
1.ФИО /дата рождения			
ИНН		налоговый период (год)	
паспортные данные	серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____		
		☐	№ мед карты*
2.ФИО /дата рождения			
ИНН		налоговый период (год)	
паспортные данные	серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____		
моим детям		☐	№ мед карты*
1.ФИО /дата рождения			
ИНН		налоговый период (год)	
паспортные данные**	серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____		
		☐	№ мед карты*
2.ФИО /дата рождения			
ИНН		налоговый период (год)	
паспортные данные**	серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____		
		☐	№ мед карты*
3. ФИО /дата рождения			
ИНН		налоговый период (год)	
паспортные данные**	серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____		

Прошу выдать следующим способом

отметить нужное ☒

лично мне		☐
направить почтой по адресу (только для иногородних)		☐
Адрес (с индексом)		
я доверяю получить		☐
ФИО доверенного лица		
паспортные данные	серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____	
ОТПРАВИТЬ В ФНС В ЭЛЕКТРОННОМ ФОРМАТЕ		☐

ВНИМАНИЕ!

☒	Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия.
-------------------------------------	--

" ____ " _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
подпись _____ ФИО _____

заявление принял " ____ " _____ 20 ____ г. _____ /

* Заполняется администратором клиники
** до 14 лет, данные свидетельства о рождении