

Заявление

о выдаче справки об оплате медицинских услуг

На основании п. 2 Порядка заполнения формы справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган (Приложение № 2 к приказу ФНС России от 08.11.2023 г. № ЕА-7-11/824@) прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган Российской Федерации, в целях получения социального налогового вычета по НДФЛ:

* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика																								
*ИНН	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>																							
Дата рождения налогоплательщика	_____																							
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « » _____ год																							
*Налоговый период/год																								
Медицинские услуги оказаны	мне, _____ супруге (у) _____ сыну (дочери), _____ матери (отцу)																							
*Фамилия Имя Отчество пациента																								
*ИНН	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>																							
Дата рождения пациента	_____																							
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « » _____ год																							
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024 г.) ГОД _____																								
Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____												руб.												
*На обработку персональных данных согласен (а) ☐																								
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.																								
Дата _____ Подпись _____ e-mail: _____ Телефон 8() _____																								

Заявление получено

Дата

подпись

Фамилия И.О.

Справка получена

Дата

подпись

Фамилия И.О.