|  |  |
| --- | --- |
|   | В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИОналогоплательщика |   |
| ИНН |   |
| Паспорт | серия |   | № |   |
| выдан |  |
| Телефон: |   | E-mail: |   |

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для получения налогового вычета за оказанные медицинские услуги:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | меня лично |   |
|  |  |  |
|   | моего/моей |   |
|   |   | (Укажите степень родства с пациентом – жена, муж, сын, дочь и т.д) |
|  | за период: |  |
|  |  | (укажите годы, за которые нужно выдать справку) |

Сведения о пациенте (заполните, если пациент и заявитель – не одно лицо):

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО пациента |   |
| Дата рождения |  |
| Паспорт | серия |   | № |   |
| выдан |  |

Справку прошу выдать следующим способом:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Электронно напрямую в ИФНС, без выдачи на бумажном носителе |
|  | На бумажном носителе: |
|  | лично мне  |
|  |  |
|  | направить почтой по адресу: |  |
|  |  |
|  | доверенному лицу |

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО доверенного лица |   |
| Паспорт | серия |   | № |   |
| выдан |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата |  | Подпись |  |