|  |  |
| --- | --- |
|  | В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО налогоплательщика | | | | |  | | | | |
| 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 |  |