

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____,
Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)

прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган Российской Федерации.

Данные физического лица (его супруги/супруга), оплатившего медицинские услуги (далее – налогоплательщик):

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)

Дата рождения _____ ИНН _____

Паспорт: серия _____ № _____ Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Телефон _____ Адрес электронной почты _____

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом _____ (да, нет)

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (также пациент):

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)

Степень родства налогоплательщику _____

Дата рождения _____ ИНН _____

Паспорт / свидетельство о рождении: серия _____ № _____

Дата выдачи _____ Кем выдан _____

Номер медицинской карты _____

Налоговый период (год) _____

Я уведомлен(а), что за медицинские услуги, расходы на оплату которых произведены с 01.01.2024, запрашиваемая справка предоставляется поликлиникой в налоговый орган в электронной форме в течение 30 дней со дня подачи налогоплательщиком заявления в поликлинику (Приказ ФНС России от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@).

Достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении, подтверждаю:

«_____» _____ 20____ г.

Дата

Подпись

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)