В _____
(наименование медицинской организации)

от _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

ИНН

_____

Документ, удостоверяющий личность:

_____

_____
(серия и номер, кем и когда выдан)

_____
(дата рождения)

Адрес места жительства/регистрации:

_____

Контактный телефон: ____ (____) _____

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг
(направлении сведений о расходах налогоплательщика в электронной форме)

В соответствии с НК РФ прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы с целью получения социального налогового вычета либо при наличии технической возможности направить сведения о расходах за медицинские услуги в налоговый орган.
Оплата была произведена мной за медицинские услуги, оказанные _____
указать период оказания услуг

Услуги были оказаны
(выбрать нужное):

☐ мне лично

☐ моему супругу (супруге) _____
ФИО, дата рождения

☐ моей матери (отцу) _____
ФИО, дата рождения

☐ моему ребенку (детям),
подопечному в возрасте до 18 лет _____
ФИО, дата рождения

Копии документов, подтверждающих степень родства, прилагаю.

Способ выдачи справки (выделить нужное):

☐ лично заявителю по месту нахождения медицинской организации.

Направить ☐ на электронную почту ☐ Whatsapp

_____

_____

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
подпись заявителя ФИО заявителя