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

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологи ДЗМ» (*- обязательно к заполнению)

***От** _____

Фамилия, Имя, Отчество

***Телефон контактный**_____E-mail_____

***Фамилия Имя Отчество налогоплательщика**	
***ИНН**	
***Дата рождения Налогоплательщика**	
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия_____Номер_____Дата выдачи_____
***Налоговый период/Год**	
Медицинские услуги оказаны	**_____мне, _____супруге (у) _____сыну (дочери), _____матери (отцу)**
***Фамилия Имя Отчество пациента**	
***ИНН**	
***Дата рождения Пациента**	
****Документ, удостоверяющий личность**	Вид документа_____ Серия Номер Дата выдачи

В целях получения обоими супругами социального налогового вычета по расходам за медицинские услуги указывается согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024)

Год_____ Наименование филиала в котором оказывались платные мед. услуги _____

Прошу выдать справку в филиале: _____

*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 «_____»_____20_____г. Подпись / /

Заявление получено _____ _____ _____

Дата подпись Фамилия И. О.

****-до 14 лет, данные свидетельства о рождении**

Дополнительно информируем:

На основании заявления физического лица (его супруга/супруги), непосредственно оплатившего медицинскую услугу (далее - налогоплательщик), медицинская организация представляет в налоговый орган в электронной форме сведения о фактических расходах налогоплательщика на оказанные услуги.