

от: _____
(ФИО Пациента/Налогоплательщика)

Адрес места проживания _____

Конт. телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации (далее – Справка).

1. Период налогового вычета: _____.
(указать год)

2. Данные НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА:

Фамилия, имя, отчество: _____

ИНН: _____

Дата рождения (число, месяц, год): _____

Сведения документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, код подразделения):

3. Налогоплательщик и пациент являются одними лицом: **ДА** / **НЕТ** (**нужное подчеркнуть/обвести**).

4. Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (далее – ПАЦИЕНТ)¹

Фамилия, имя, отчество: _____

ИНН: _____

Дата рождения (число, месяц, год): _____

Сведения документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, код подразделения):

Указать родство с Налогоплательщиком и/или статус: _____, приложить копию документа (**при отсутствии документа Справка не оформляется!**).

5. Способ получения Справки (выбрать путем проставления отметки). **При отсутствии отметки Справка будет направлена в личный кабинет Налогоплательщика путем электронного документооборота:**

- ЭЛЕКТРОННО в ФНС путем электронного документооборота: (в личный кабинет Налогоплательщика)
- ЛИЧНО по адресу: Пермский край, г. Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная, д. ½, 1 этаж, на стойке «Медицинская служба» (в рабочие дни с 9.00 до 17.00 при предъявлении паспорта).

Приложение: _____

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем Заявлении, подтверждаю:

(подпись)

(фамилия, инициалы)

(дата)

¹ Раздел 4 заполняется в случае, если в пункте 3 выбран ответ «НЕТ»