

**Заявление физического лица о выдаче справки,
оплатившего медицинскую услугу за запрашиваемый налоговый период (год)**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган за _____ год, в котором оказывалась медицинская услуга и в котором осуществлялись соответствующие расходы за оказанные медицинские услуги в ООО «МЕЗОН»

От налогоплательщика

Фамилия Имя Отчество (при наличии)

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом ☐

Медицинские услуги оказаны:

☐ супруге (у) ☐ сыну (дочери) ☐ матери (отцу)

<ul style="list-style-type: none">ИНН налогоплательщика (указывается при наличии)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																				
<ul style="list-style-type: none">При заполнении поля «ИНН», не заполняется поле «Сведения о документе, удостоверяющем личность».																																																					
Дата рождения налогоплательщика	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																				
Сведения о документе, удостоверяющем личность налогоплательщика	<p>**Код вида документа</p> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>Серия <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Номер <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>Дата выдачи</p>																																																				
Отчетный год (Налоговый период)																																																					
Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА ¹																																																					
1 Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.																																																					
<ul style="list-style-type: none">ИНН пациента	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																				
Дата рождения пациента	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																				
<ul style="list-style-type: none">При заполнении поля «ИНН», не заполняется поле «Сведения о документе удостоверяющем личность».																																																					

Сведения о документе, удостоверяющем личность пациента	**Код вида документа _____					
	Серия	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	Номер	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
	Дата выдачи					
<p>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)</p> <p>Год _____ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.</p>						
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Согласен(а) на обработку персональных данных						
Подписывая настоящее заявление, достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении подтверждаю.						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">Дата _____</div> <div style="width: 45%;">Подпись _____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 60%;">Контактный телефон _____</div> <div style="width: 35%;">E-mail _____</div> </div>						
Договор об оказании платных медицинских услуг в ООО «МЕЗОН» прилагаю <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>						
Способ получения справки:						
Лично <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>						
Передача сведений в ИФНС в электронном формате <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>						

**** КОДЫ ВИДОВ ДОКУМЕНТА**

Код	Наименование документа
21	Паспорт гражданина Российской Федерации
03	Свидетельство о рождении
07	Военный билет
08	Временное удостоверение, выданное взамен военного билета
11	Свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании лица беженцем на территории Российской Федерации по существу
12	Вид на жительство в Российской Федерации
13	Удостоверение беженца
14	Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации
15	Разрешение на временное проживание в Российской Федерации
19	Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации
23	Свидетельство о рождении, выданное уполномоченным органом иностранного государства
24	Удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации

Справка получена

дата

подпись

Фамилия И.О