

**Заявление**  
**на выдачу справки для получения налогового вычета**

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Пять звезд».

От \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

**Данные физического лица, оплатившего мед.услуги (далее – налогоплательщик):**

ФИО \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Вид документа \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Налоговый период/год \_\_\_\_\_

**Медицинские услуги оказаны:** мне, супруге(у), сыну (дочери), матери (отцу)

(нужное подчеркнуть)

**Данные физического лица, которому оказаны мед.услуги:**

ФИО \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Вид документа \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Сумма расходов на оказанные мед.услуги \_\_\_\_\_

На обработку персональных

данных согласен(а) \_\_\_\_\_

(подпись)

Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанных в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия. Справка выдается на бумажном носителе (на руки) т.к. отсутствует техническая возможность передать сведения в ФНС в электронном виде. Сведения предоставляются в течение 30 дней со дня подачи Заявления (Приказ ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@).

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_

( дата)

(подпись)

(ФИО)

Заявление получено \_\_\_\_\_

( дата)

(подпись)

(ФИО)

Справка получена \_\_\_\_\_

( дата)

(подпись)

(ФИО)