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)*