Руководителю
ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России

_____

Заявление

На основании пункта 1 статьи 219 НК РФ прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган.

Отчетный период	_____ год

	Данные заказчика
Фамилия	
Имя	
Отчество	
ИНН	
Дата рождения	
Документ	Паспорт
Серия ,номер, дата выдачи	
Контактный телефон	
Почтовый адрес	
Адрес электронной почты	
	Данные члена семьи , которому оказаны медицинские услуги
Фамилия	
Имя	
Отчество	
ИНН (при наличии)	
Дата рождения	
Документ	
Серия, номер, дата выдачи	

- Подписывая данное заявление, я подтверждаю, что все персональные данные третьих лиц, предоставленные к этому заявлению, я предоставляю с их добровольного согласия.
- Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю.
- Заявление на выдачу справки за отчетный год направляется мной первично/повторно (нужное подчеркнуть)
- Сведения предоставляются в течении 30 дней со дня подачи заявления (ПриказФНС России от 08.11.2023г. №ЕА-7-11/824@)
- Справка может быть представлена следующим способом (нужное подчеркнуть):
  - в печатном виде лично на бумажном носителе (с паспортом);
  - в электронном виде в ИФНС (направлять в налоговый орган)

Приложения:
1. Согласие на обработку персональных данных
2. Копия паспорта физического лица, оплатившего медицинские услуги.
3. Копия паспорта физического лица, которому оказаны медицинские услуги.
4. Копия свидетельства о рождении на ребенка, которому оказаны медицинские услуги.
5. Копия свидетельства о браке.

Дата _____ Подпись _____