Главному врачу
Государственного бюджетного учреждения
здравоохранения Калининградской области
«Городская стоматологическая поликлиника»
Шлегелю Юрию Валерьевичу
от_____
ФИО налогоплательщика полностью

_____
ИНН:_____
Паспорт (серия, номер, дата выдачи)

_____
Дата рождения_____
Адрес:_____

_____
Телефон:_____

Заявление

Прошу выдать мне справку (КНД 1151156) об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации (утверждена приказом ФНС России от 08.11.2023 №ЕА-7-11/824@).

К заявлению прилагаю оригиналы* Договора (-ов) об оказании платных медицинских услуг и Акт (-ы) выполненных работ с кассовым (-ми) чеком (-ами).

Приложение:

Договор об оказании платных медицинских услуг №_____от «___» _____20__;

Договор об оказании платных медицинских услуг №_____от «___» _____20__;

Договор об оказании платных медицинских услуг №_____от «___» _____20__;

Акт (-ы) выполненных работ с кассовым (-ми) чеком (-ами) в количестве_____штук.

Лечился: _____
(ФИО, дата рождения, ИНН,

_____
серия и номер паспорта, дата выдачи)

_____

☐ **Получить лично (в бумажном виде)** ☐ **Отправить в ФНС в электронном виде**

***<u>оригиналы</u> Договора (-ов) об оказании платных медицинских услуг и Акт (-ы) выполненных работ с кассовым (-ми) чеком (-ами) <u>на бумажной основе будут возвращены заявителю</u> в момент получения Справки.**

«_____» _____20___г. Подпись:_____
число месяц год

Отправка справок по электронной почте не предусмотрена действующими нормативными актами Налогового кодекса РФ. Готовые справки на электронную почту граждан не высылаются, так как это не отвечает требованиям информационной безопасности при предоставлении конфиденциальной медицинской информации.