

В _____
(наименование медицинской организации)

от _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

ИНН _____

Документ, удостоверяющий личность:

(серия и номер, кем и когда выдан)

(дата рождения)

Адрес места жительства/регистрации:

Контактный телефон:

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг
(направлении сведений о расходах налогоплательщика в электронной форме)**

В соответствии с НК РФ прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы с целью получения социального налогового вычета либо при наличии технической возможности направить сведения о расходах за медицинские услуги в налоговый орган.

Оплата была произведена мной за медицинские услуги, оказанные

Услуги были оказаны (выбрать нужное):

указать период оказания услуг

мне лично

моему супругу (супруге)

ФИО, дата рождения

моей матери (отцу)

ФИО, дата рождения

моему ребенку (детям),
подопечному в возрасте до 18 лет

ФИО, дата рождения

Копии документов, подтверждающих степень родства, прилагаю. Способ

выдачи справки (выделить нужное):

лично заявителю по месту нахождения медицинской организации.

« _____ » _____ 20

г. _____ / _____ /

подпись заявителя

ФИО заявителя