**Заявление**

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в ООО «ЦГБ «ВИЗИУМ».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ФИО**  **НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Контактный телефон** |  | | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата рождения** | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | | | | | |
| **Документ**  **удостоверяющий**  **личность** | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **Налоговый период (год)** |  | | | | | | | | | | | | |
| Медицинские услуги оказаны (**нужное подчеркнуть**):  мне, супругу(е), родителям, детям (в том числе усыновленным и находящимся на попечении) | | | | | | | | | | | | | |
| **ФИО ПАЦИЕНТА**  (если налогоплательщик и пациент разные лица) |  | | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата рождения** | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | | | | | |
| **Документ**  **удостоверяющий**  **личность** | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки\*** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.  Указывая сумму, **подтверждаю** согласование супругом (супругой) данной суммы моих расходов | | | | | | | | | | | | |
| **Способ получения Справки** | **Нужное подчеркнуть**:   * на бумажном носителе (получение лично, при предъявлении документа, удостоверяющего личность) * на бумажном носителей через представителя (нотариальная доверенность) * почтовым отправлением с наложенным платежом на адрес регистрации заявителя с уведомлением о вручении: | | | | | | | | | | | | |
| **Подписывая настоящее Заявление, Вы даете свое согласие на обработку персональных данных и подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.** | | | | | | | | | | | | | |
| **Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_г.** | | | | **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |

\* В целях получения обоими супругами социального налогового вычета по расходам на оказанные медицинские услуги в заявлении указывается согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки. Ответственность за согласование суммы расходов несет заявитель.

Заявление заполнять печатными буквами без ошибок. **Повторная выдача справки, в том числе замена налогоплательщика, законодательством не предусмотрена.**