**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.**