

**Заявление на получение справки об оплате медицинских услуг для
предоставления в налоговые органы Российской Федерации**

Прошу выдать справку об оказанных медицинских услугах (выбрать нужное):

в упрощенной форме (медицинская организация отправляет данные в ИФНС)

мне лично при обращении в медицинскую организацию;

направить на электронную почту _____

Я являюсь (выбрать нужное):

пациентом (при заказе справки с указанием другого лица налогоплательщиком),

налогоплательщиком и пациентом в одном лице,

налогоплательщиком, оплатившим медицинские услуги, оказанные пациенту, являющегося мне

_____ (указать, кем является пациент для налогоплательщика (супругом(ой); родителем (мать, отец); ребенком до 18 лет (обучающимся по очной форме обучения - до 24 лет), подопечным в возрасте до 18 лет)

Данные налогоплательщика:

- Фамилия, имя, отчество: _____

- Дата рождения: « _____ » _____ г.

- ИНН: _____

- Контактный телефон: _____

- Адрес электронной почты: _____

Документ, удостоверяющий личность налогоплательщика:

- Паспорт: серия _____ № _____

- Дата выдачи: « _____ » _____ г.

Отчетный период (год): _____

Если налогоплательщик и пациент являются одним лицом, данные не заполняются:

Данные пациента:

- Фамилия, имя, отчество: _____

- Дата рождения: « _____ » _____ г.

- ИНН: _____

- Контактный телефон: _____

Документ, удостоверяющий личность пациента:

- Паспорт: серия _____ № _____

- Дата выдачи: « _____ » _____ г.

« _____ » _____ 202_ г.
(дата подачи заявления) (подпись) (Ф.И.О.) _____ / _____