**Заявление**

 Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО "МиР"

**От**

**Телефон конт. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  | **Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА** |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **ИНН** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | **Дата рождения** |  |
|  |  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются. |
|  | **Документ удостоверяющий личность** | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Серия |  |  |  |  | Номер |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | Дата выдачи |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | **Налоговый период (год)** |  |
|  | **Медицинские услуги оказаны:**  **мне**  **супруге(у)**  **сыну(дочери)**  **матери(отцу)** |  |
| **Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА** |  |
|  |  |
| **ИНН** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Дата рождения** |  |
|  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
|  |
| При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются. |
| **Документ удостоверяющий личность** | Вид документа |
| Серия |  |  |  |  | Номер |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Дата выдачи |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |  |
|  |
| **Копию договора** (при оказании медуслуг до 01.01.2024) |
| **Обучается по очной форме обучения** (до 24 лет) (при оказании медуслуг после 01.01.2022) |
| Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании медуслуг после 01.01.2024) |
| Год |   |  | Сумма расходов на оказанные мед. услуги \_\_ | руб. |  |  |
|  **Согласен(а) на обработку персональных данных** |
| Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данных лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия. |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

 Заявление получено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дата подпись ФИО

 Справка получена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дата подпись ФИО