**Генеральному директору**

**ООО «Дантист»**

**ИНН 7840429126**

**Заявление физического лица о выдаче справки,**

**оплатившего медицинскую услугу** **за запрашиваемый налоговый период (год)**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год, в котором оказывалась медицинская услуга

**От налогоплательщика**

Фамилия Имя Отчество (при наличии)

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинские услуги оказаны:  супруге (у) сыну (дочери) матери (отцу)  **ИНН налогоплательщика (указывается при наличии)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **Дата рождения налогоплательщика**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | . |  |  | . |  |  |  |  |   **Сведения о документе, удостоверяющем личность налогоплательщика**  \*\*Код вида документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Отчетный год (Налоговый период) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Фамилия Имя Отчество**  **ПАЦИЕНТА 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом)  **ИНН пациента**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **Дата рождения пациента**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | . |  |  | . |  |  |  |  |   **Сведения о документе, удостоверяющем личность пациента**  \*\*Код вида документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В целях получения обоими супругами социального налогового вычета по расходам за медицинские услуги указывается согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024)  Год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.  Согласен(а) на обработку персональных данных  Подписывая настоящее заявление, достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении подтверждаю.  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\*\* КОДЫ ВИДОВ ДОКУМЕНТА

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование документа |
| 21 | Паспорт гражданина Российской Федерации |
| 03 | Свидетельство о рождении |
| 07 | Военный билет |
| 08 | Временное удостоверение, выданное взамен военного билета |
| 10 | Паспорт иностранного гражданина |
| 11 | Свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании лица беженцем на территории Российской Федерации по существу |
| 12 | Вид на жительство в Российской Федерации |
| 13 | Удостоверение беженца |
| 14 | Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации |
| 15 | Разрешение на временное проживание в Российской Федерации |
| 19 | Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации |
| 23 | Свидетельство о рождении, выданное уполномоченным органом иностранного государства |
| 24 | Удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации |
| 27 | Военный билет офицера запаса |
| 91 | Иные документы |

Справка получена

дата

подпись

Фамилия И.О.