

**Заявление**

**о выдаче справки об оплате медицинских услуг**

На основании п. 2 Порядка заполнения формы справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган (Приложение № 2 к приказу ФНС России от 08.11.2023 г. № ЕА-7-11/824@) прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган Российской Федерации, в целях получения социального налогового вычета по НДФЛ:

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>* Фамилия Имя<br/>Отчество<br/>налогоплательщика</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>*ИНН</b>   | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата рождения<br>налогоплательщика  | ____ . ____ . _____  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Документ,<br>удостоверяющий<br>личность   | Вид документа _____<br>Серия _____ Номер _____<br>Дата выдачи « ____ » _____ . _____ год   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>*Налоговый период/год</b>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Медицинские<br>услуги оказаны   | мне, _____ супруге (у) _____ сыну (дочери), _____ матери (отцу)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>*Фамилия Имя<br/>Отчество пациента</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>*ИНН</b>   | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата рождения<br>пациента   | ____ . ____ . _____  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Документ,<br>удостоверяющий<br>личность   | Вид документа _____<br>Серия _____ Номер _____<br>Дата выдачи « ____ » _____ . _____ год   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024 г.)<br>ГОД _____<br>Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>*На обработку персональных данных согласен (а)</b><br><input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата _____ Подпись _____ e-mail: _____<br>Телефон 8(____) _____   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Заявление получено

\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия И.О.

Справка получена

\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия И.О.