**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 2024 год, в котором оказывалась медицинская услуга и в котором осуществлялись соответствующие расходы за оказанные медицинские услуги в Многопрофильном подразделении Поликлиники ИВТЭ УрО РАН **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)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| При заполнении поля «ИНН», не заполняется поле «Сведения о документе, удостоверяющем личность».  |
| **Дата рождения налогоплательщика** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | . |  |  | . |  |  |  |  |

 |
| **Сведения о документе, удостоверяющем личность налогоплательщика** | \*\*Код вида документа **21** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  |  |  |  | Номер |  |  |  |  |  |  |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата выдачи |  |  | . |  |  | . |  |  |  |  |

 |
| **Отчетный год****(Налоговый период)** | **2024 год** |
| **Фамилия Имя Отчество****ПАЦИЕНТА1** |  |
| 1. Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом. |
| **ИНН пациента** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Дата рождения пациента** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | . |  |  | . |  |  |  |  |

 |
| При заполнении поля «ИНН», не заполняется поле «Сведения о документе, удостоверяющем личность».  |
| **Сведения о документе, удостоверяющем личность** **пациента** | \*\*Код вида документа **21** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  |  |  |  | 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: +7 ()  |

**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 2024 год, в котором оказывалась медицинская услуга и в котором осуществлялись соответствующие расходы за оказанные медицинские услуги в Многопрофильном подразделении Поликлиники ИВТЭ УрО РАН **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)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| При заполнении поля «ИНН», не заполняется поле «Сведения о документе, удостоверяющем личность».  |
| **Дата рождения налогоплательщика** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | . |  |  | . |  |  |  |  |

 |
| **Сведения о документе, удостоверяющем личность налогоплательщика** | \*\*Код вида документа **21** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  |  |  |  | Номер |  |  |  |  |  |  |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата выдачи |  |  | . |  |  | . |  |  |  |  |

 |
| **Отчетный год****(Налоговый период)** | **2024 год** |
| **Фамилия Имя Отчество****ПАЦИЕНТА1** |  |
| 1. Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом. |
| **ИНН пациента** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Дата рождения пациента** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | . |  |  | . |  |  |  |  |

 |
| При заполнении поля «ИНН», не заполняется поле «Сведения о документе, удостоверяющем личность».  |
| **Сведения о документе, удостоверяющем личность** **пациента** | \*\*Код вида документа **21** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  |  |  |  | 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: +7 () |