

Главному врачу МКБ Святителя Луки

Михайличенко В.Ю.

от налогоплательщика физического лица, оплатившего
медицинские услуги

полностью: фамилия, имя,

отчество (при наличии)

ИНН:

ИНН (индивидуальный налоговый номер)

дата рождения:

паспорт: серия

№

наименование документа и реквизиты документа: серия, номер

дата выдачи: " " 20 г.

сведения о дате выдачи документа

адрес:

индекс, субъект РФ, город

улица, дом, корпус, квартира

контактный телефон:

номер телефона для связи

электронная почта:

адрес электронной почты (при наличии) для связи

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:

Налоговый период (год)

Договор:	№	от	"	"	20	г.
	№	от	"	"	20	г.
	№	от	"	"	20	г.
	№	от	"	"	20	г.
	№	от	"	"	20	г.
	№	от	"	"	20	г.
	№	от	"	"	20	г.

Общая сумма расходов за оказанные медицинские услуги: _____

(_____)

(сумма прописью)

Налогоплательщик и пациент является одним лицом (указать: "да" или "нет"): _____

Сведения о пациенте ((заполняется если лицо, оплатившее медицинские услуги (налогоплательщик) и пациент не являются одним лицом))

Фамилия, имя, отчество пациента (полностью):

Дата рождения пациента:

ИНН пациента:

Документ, удостоверяющий личность пациента-наименование документа: паспорт

Серия, номер документа:

Дата выдачи документа:

Орган, выдавший документ:

Подписывая настоящее Заявление, подтверждаю, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении, предоставляются с их добровольного согласия.

" " 20 г.

подпись

Ф.И.О.