

Генеральному директору ООО

« _____ »

ФИО Генерального директора

Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги за _____ год(а).

Контактный телефон _____ E-mail _____

Фамилия, Имя, Отчество налогоплательщика	
ИНН	
Дата рождения	
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____
Медицинские услуги оказаны: <input type="checkbox"/> мне <input type="checkbox"/> супруге(у) <input type="checkbox"/> сыну/дочери <input type="checkbox"/> матери/отцу <input type="checkbox"/> подопечному	
Фамилия, Имя, Отчество пациента (Заполняем, если налогоплательщик и пациент НЕ являются одним лицом)	
ИНН	
Дата рождения	
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

* Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки:

_____ руб. (_____)

ПРОШУ:

Выдать Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган в целях получения социального налогового вычета по НДФЛ следующим способом (выбрать нужное):

- ☐ **Получение Справки** в медицинской организации лично
- ☐ **Получение Справки** в медицинской организации через представителя (требуется доверенность)
- ☐ **Получение Справки** на адрес электронной почты, указанной при заключении Договора на оказание платных медицинских услуг, в Заявке к Договору
- ☐ **Получение Справки** по Почте России (за счет Заявителя, по месту жительства / проживания, указанному при заключении Договора на оказание платных медицинских услуг, в Заявке к Договору).
- ☐ **Передать сведения** о фактических расходах налогоплательщика на оказанные медицинские услуги в налоговые органы в электронном виде

Дата подачи Заявления: « ____ » _____ г.

Подпись Заявителя: _____ / _____

Заполняется медицинской организацией (при подаче Заявления лично через медицинский офис):

Личность Заявителя удостоверена работником медицинской организации:

Должность медицинского работника: _____

ФИО медицинского работника: _____

Подпись медицинского работника: _____ / _____

Согласие на обработку персональных данных

Я _____

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие медицинской организации на обработку моих персональных данных (включая, но не ограничиваясь: ФИО, паспортные данные, ИНН, адрес регистрации по месту жительства (пребывания), адрес электронной почты, контактный телефон, информацию о полученных медицинских услугах) с целью оформления Справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган и

☐ передачи Справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган выбранным мной способом
☐ передачи сведений о фактических расходах налогоплательщика на оказанные медицинские услуги в налоговые органы в электронном виде

☐ При получении Справки на адрес электронной почты даю своё согласие на информирование по открытым каналам связи и осознаю возможные риски неправомерного доступа, распространения и иных неправомерных действий в отношении моих персональных данных третьими лицами.

☐ Также даю своё согласие на передачу Справки иному лицу:

Документ, удостоверяющий личность: _____

Серия и номер: _____ выдан « ____ » _____ г.

Дата: « ____ » _____ г.

Подпись: _____ / _____