

Директору ООО «ЦНВЛ «Апрель» Петровой Ю.В.

от налогоплательщика физического лица (законного представителя):

полностью: фамилия, имя, отчество

являющегося супругом/супругой (справочно, указывается только в случае обращения за справкой за супругу/супруга):

полностью: фамилия, имя, отчество

оплатившего медицинские услуги за пациента:

полностью: фамилия, имя, отчество ребенка, степень родства

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 представления в налоговый орган Российской Федерации, в целях получения социального налогового вычета по НДФЛ:

Налоговый период (год):

➤ Данные налогоплательщика физического лица, оплатившего медицинские услуги:

Фамилия											
Имя											
Отчество											
ИНН (при наличии)											
Дата рождения			.			.					

Сведения о документе, удостоверяющем личность*:

* При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» не заполняются.

Вид документа, удостоверяющего личность налогоплательщика		
Серия и номер		Дата выдачи

➤ В случае получения социального налогового вычета обоими супругами укажите согласованную супругами сумму расходов каждого супруга:

Ф.И.О. супруги		Сумма (доля) расходов	
Ф.И.О. супруга		Сумма (доля) расходов	

Получение вычета в отношении одних и тех же понесенных расходов на оказанные медицинские услуги одновременно обоими супругами не допускается. Справка выдается на основании данных, указанных в заявлении.

➤ Данные пациента, которому оказаны медицинские услуги*:

*Заполняется в случае, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.

Фамилия											
Имя											
Отчество											
ИНН											
Дата рождения			.			.					

Сведения о документе, удостоверяющем личность*:

* При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» не заполняются.

Вид документа, удостоверяющего личность пациента		
Серия и номер		Дата выдачи

Подписывая настоящее заявление, достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении, подтверждаю. Подтверждаю, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении, предоставляются с их добровольного согласия.

дата, месяц, год

подпись

Ф.И.О.

Заявление на предоставление справки об оплате медицинских услуг принято:
Дата принятия «___» _____ 20___ г. _____ (подпись)