

Директору ООО «Центр нейрореабилитации и восстановительного  
лечения «Апрель» Петровой Ю.В.  
от налогоплательщика физического лица:

\_\_\_\_\_ полностью: фамилия, имя, отчество

оплатившего медицинские услуги за пациента:

\_\_\_\_\_ полностью: фамилия, имя, отчество, степень родства

контактный телефон: \_\_\_\_\_

## 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):	
-------------------------	--

- Данные физического лица (либо его супруга/супруги), оплатившего медицинские услуги (далее – **налогоплательщика**):

Фамилия											
Имя											
Отчество											
<b>ИНН</b> (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											

- Налогоплательщик и пациент являются одним лицом: **ДА** / **НЕТ** (ненужное зачеркнуть)  
➤ В случае получения социального налогового вычета обоими супругами укажите согласованную супругами сумму расходов конкретного супруга:

Ф.И.О.		Сумма расходов	
Ф.И.О.		Сумма расходов	

- Данные **пациента**, которому оказаны медицинские услуги\*:

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

Фамилия											
Имя											
Отчество											
<b>ИНН</b>											
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)