

В бухгалтерию ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

от _____
(ФИО полностью в родительном падеже)
зарегистрированного(ой) по адресу: _____
телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг за 20__ год для представления в налоговый орган для получения социального налогового вычета.

1. Данные физического лица, оплатившего медицинские услуги (налогоплательщик):

ФИО (полностью)	
Дата рождения	
ИНН	

Сведения о документе, удостоверяющем личность (*при заполнении ИНН, данные документа не заполняются*):

Вид документа:	Серия:	Номер:	Дата выдачи:
-----------------------	---------------	---------------	---------------------

2. Налогоплательщик и пациент являются одним лицом:

НЕТ		Если «НЕТ», указать степень родства * _____
ДА		

(*В соответствии со ст. 219 НК РФ на получение социального налогового вычета имеет право налогоплательщик, оплативший медицинскую услугу, которая оказана налогоплательщику, его супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность) и подопечным в возрасте до 18 лет (бывшим подопечным после прекращения опеки или попечительства, обучающимся по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в возрасте до 24 лет)).

3. Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (пациент) (заполняется, в случае если налогоплательщик и пациент не является одним лицом):

ФИО (полностью)	
Дата рождения	
ИНН	

Сведения о документе, удостоверяющем личность (*при заполнении ИНН, данные документа не заполняются*):

Вид документа:	Серия:	Номер:	Дата выдачи:
-----------------------	---------------	---------------	---------------------

4. Дата оплаты _____

5. Сумма оплаты _____

6. Способ получения справки (*отметить галочкой*):

- ☐ лично налогоплательщику
☐ на электронную почту налогоплательщика _____
☐ почтой России (*указать адрес*) _____

Все пункты Заявления обязательные к заполнению.

Срок подготовки справки 30 дней с даты регистрации Заявления.

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении, подтверждаю:

«__» _____ 202__ г. _____ / _____ /¹
(подпись) ФИО

¹ подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия