**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на выдачу справки об оплате медицинских услуг для получения налогового вычета**

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №1»

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О налогоплательщика: |  |
| Дата рождения: |  | Контактный телефон: |  |
| ИНН: |  | Налоговый период (год): |  |
| Паспортные данные: | Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |

**Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующих лицам**

(отметить[x] )

|  |
| --- |
| [ ]  **мне** |
| [ ]  **моему супругу(е)** |
| Ф.И.О: |  | Дата рождения |  |
| ИНН: |  | Налоговый период (год): |  |
| Паспортные данные: | Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |
| [ ] **моим родителям** |
| Ф.И.О: |  | Дата рождения |  |
| ИНН: |  | Налоговый период (год): |  |
| Паспортные данные: | Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |
|  |
| Ф.И.О: |  | Дата рождения |  |
| ИНН: |  | Налоговый период (год): |  |
| Паспортные данные: | Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |
| [ ]  **моим детям** |
| Ф.И.О: |  | Дата рождения |  |
| ИНН: |  | Налоговый период (год): |  |
| Паспортные данные\*\*: | Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |
|  |
| Ф.И.О: |  | Дата рождения |  |
| ИНН: |  | Налоговый период (год): |  |
| Паспортные данные\*\*: | Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |
|  |
| Ф.И.О: |  | Дата рождения |  |
| ИНН: |  | Налоговый период (год): |  |
| Паспортные данные\*\*: | Серия |  | Номер |  | Дата выдачи |  |

**Прошу выдать следующим способом**

(отметить[x] , не более двух)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **лично мне, при предъявлении паспорта** | [ ]  **сведения представить**  **в налоговый орган** |
| [ ]  **направить почтой по адресу** |
| Адрес c индексом |  |

|  |
| --- |
| **ВНИМАНИЕ!** |
| **🗸** | Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **«** |  | **»** |  | **20** |  | **г.** | подпись |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *Ф.И.О.* |

**Заявление принял\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **«** |  | **»** |  | **20** |  | **г.** | подпись |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *Ф.И.О.* |

**\*-***Заполняется поликлиникой*

**\*\*-***До 14 лет, данные свидетельства о рождении*