**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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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, 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*