**Заявление физического лица о предоставлении справки (сведений),**

**оплатившего медицинскую услугу**  **за запрашиваемый налоговый период (год)**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг в упрощенном порядке для предоставления в налоговый орган за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год, в котором оказывалась медицинская услуга и в котором осуществлялись соответствующие расходы за оказанные медицинские услуги в ГБУЗ РКВД

**От налогоплательщика**

Фамилия Имя Отчество

**Налогоплательщик и пациент являются одним лицом**

|  |  |
| --- | --- |
| **Медицинские услуги оказаны:**  **супруге (у) сыну (дочери) матери (отцу)** | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  * **ИНН налогоплательщика**   **(указывается при наличии)** | |
| **Дата рождения**  **налогоплательщика** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  | |
| **Сведения о документе, удостоверяющем личность**  **налогоплательщика** | \*\*Код вида документа  Серия  Номер   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |   Дата выдачи |
| **Фамилия Имя Отчество**  **ПАЦИЕНТА1** |  |
| 1 Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом. | |
| * **ИНН пациента** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Дата рождения пациента**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  | | |
| **Сведения о документе, удостоверяющем личность пациента** | \*\*Код вида документа  Серия  Номер   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |   Дата выдачи |
| В целях получения обоими супругами социального налогового вычета по расходам за медицинские услуги указывается согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024) | |
| Год Сумма расходов на оказанные медицинские услуги руб. | |
| **Согласен(а) на обработку и передачу персональных данных в ФНС РФ** | |
| Подписывая настоящее заявление, достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении подтверждаю. | |
| Дата Подпись  Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Приложение: копии документов, подтверждающие произведенные расходы (Договор об оказании платных медицинских услуг, чек об оплате медицинских услуг), копия ИНН, копия паспорта налогоплательщика в ГБУЗ РКВД прилагаю | |

\*\* КОДЫ ВИДОВ ДОКУМЕНТА

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование документа |
| 21 | Паспорт гражданина Российской Федерации |
| 03 | Свидетельство о рождении |
| 07 | Военный билет |
| 08 | Временное удостоверение, выданное взамен военного билета |
| 10 | Паспорт иностранного гражданина |
| 11 | Свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании лица беженцем на территории Российской Федерации по существу |
| 12 | Вид на жительство в Российской Федерации |
| 13 | Удостоверение беженца |
| 14 | Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации |
| 15 | Разрешение на временное проживание в Российской Федерации |
| 19 | Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации |
| 23 | Свидетельство о рождении, выданное уполномоченным органом иностранного государства |
| 24 | Удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации |
| 27 | Военный билет офицера запаса |
| 91 | Иные документы |

Способ получения справки (эл. почта или лично - указать адрес филиала ГБУЗ РКВД) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_