**Заявление**

**на выдачу справки для получения налогового вычета**

Прошу Вас предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ФБУЗ «Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития РФ» согласно Приказу ФНС России от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@.

Отчетный период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон контактный

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия, Имя, Отчество налогоплательщика**  |   |
|   |
| **ИНН**  |   |
| **Дата рождения**  |   |
| **История болезни (№ карты)** |  |
| **Документ, удостоверяющий личность**  |  Вид документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |
|  Медицинские услуги оказаны: мне, супруге (у), сыну (дочери), матери (отцу)   |
| **Фамилия, Имя, Отчество пациента** (Заполняем, если налогоплательщик и пациент НЕ являются одним лицом) |   |
|   |
| **ИНН**  |   |
| **Дата рождения**  |   |
| **История болезни (№ карты)** |  |
| **Документ, удостоверяющий личность**  |  Вид документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Справка получена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.