

НАПОМИНАЕМ:

- Социальный налоговый вычет на лечение может получить лицо, оплатившее медицинские услуги, оказанные ему самому, его супругу (супруге), родителям, детям.

- Справка об оплате медицинских услуг выдается **плательщику**.

- Вычет предоставляется на 13% от суммы расходов на медицинские услуги (не от стоимости путевки).

- Срок оформления справки 30 дней.

Директору ООО санаторий "Карагай"

А.Р.Бадретдинову

(Фамилия, имя, отчество полностью)

(Контактный телефон)

(электронный адрес)

Заявление

Прошу предоставить справку об оплате мной медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации.

* Фамилия Имя Отчество налогоплательщика											
* ИНН	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дата рождения налогоплательщика	___ . ___ . _____ г.										
При заполнении поля «ИНН» поле «Документ, удостоверяющий личность» не заполняется.											
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ___ » _____ . _____ год										
Налоговый период (год)											
Медицинские услуги оказаны	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	мне,	супруге (у),	сыну (дочери),	матери (отцу)							
Пациент и налогоплательщик является одним лицом:					0 - нет	1 - да	<input type="checkbox"/>				
* Фамилия Имя Отчество пациента											

Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «__»_____. _____ год
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024 г.) ГОД _____ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.	
*На обработку персональных данных согласен (а) <input type="checkbox"/>	
*Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.	
Дата _____ Подпись _____	

Раздел заполняется в случае отсутствия у плательщика каких-либо документов, подтверждающих оплату услуг

В связи с утерей документов, прошу Вас выдать за _____ год копии следующих документов:

- Договор на оказание санаторно-курортных услуг,
- Акты выполненных работ.

Заберу лично (нужное подчеркнуть) Отправить мне почтой на адрес: (почтовый индекс, адрес)

Дата: «__» _____ 20__ г. Подпись плательщика: _____

Принято: «__» _____ 20__ г. _____
(ФИО) Подпись:

Справка получена: «__» _____ 20__ г. _____
(ФИО) Подпись: