

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)

_____ (период проживания)

_____ (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											
* 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 пациента	___ __ . ____ . _____ г.										
При заполнении поля «ИНН» поле «Документ, удостоверяющий личность» не заполняется.											

Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ___ » _____ . _____ год																
*Фамилия Имя Отчество пациента																	
*ИНН	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																
Дата рождения пациента	___ __ . ___ __ . _____ г.																
При заполнении поля «ИНН» поле «Документ, удостоверяющий личность» не заполняется.																	
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ___ » _____ . _____ год																
*Фамилия Имя Отчество пациента																	
*ИНН	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																
Дата рождения пациента	___ __ . ___ __ . _____ г.																
При заполнении поля «ИНН» поле «Документ, удостоверяющий личность» не заполняется.																	
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 _____																

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: