

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><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><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><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><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: