

От \_\_\_\_\_  
Контактный телефон \_\_\_\_\_**Заявление физического лица о выдаче справки об оплате медицинских услуг**

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ, подтверждающую соответствующие расходы за оказанные медицинские услуги в Клиниках ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России на бумажном носителе  нарочно,  в налоговый орган в электронной форме или  скан-копию в электронной форме на электронную почту (email \_\_\_\_\_)

<b>Фамилия Имя Отчество налогоплательщика</b>	
ИНН налогоплательщика	<input type="text"/>
Дата рождения	<input type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Номер <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Дата выдачи <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Налоговый период	
Медицинские услуги оказаны	<input type="checkbox"/> мне <input type="checkbox"/> супруге (у) <input type="checkbox"/> сыну (дочери) <input type="checkbox"/> матери (отцу)
<b>Фамилия Имя Отчество пациента</b>	
ИНН пациента	<input type="text"/>
Дата рождения	<input type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность	Вид документа _____ Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Номер <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Дата выдачи <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Копия договора (при оказании медицинских услуг до 01.01.2024г.)	<input type="checkbox"/>
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024г.) за Год _____	
Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.	
Выдать справку доверенному лицу _____ _____ степень родства _____ при предъявлении доверенным лицом документа, удостоверяющего личность.	
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 _____

Заявление получено \_\_\_\_\_  
дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Фамилия И.О. \_\_\_\_\_Справка получена \_\_\_\_\_  
дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Фамилия И.О. \_\_\_\_\_