**ДИРЕКТОРУ ООО СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТУДИЯ «СКУЛЬПТУРА ЧАРЛИ» КЛЕМЕНТЬЕВОЙ И.Ю.**

_____

_____

(Ф.И.О. полностью)

Проживающего (ей) по адресу:

_____

_____

Тел. _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу выдать Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган за налоговый период _____ год, в котором оказывалась медицинская услуга и в котором осуществлялись соответствующие расходы на медицинские услуги, оказанные налогоплательщику (его супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность) и подопечным в возрасте до 18 лет (бывшим подопечным после прекращения опеки или попечительства, обучающимся по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в возрасте до 24 лет).

Данные физического лица, оплатившего медицинские услуги (налогоплательщика) для указания в Справке:

| | |
|---|---|
| Фамилия | |
| Имя | |
| Отчество | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Дата рождения | | | |

| | |
|---|---|
| ИНН* | |

При отсутствии ИНН заполнить данные паспорта гражданина РФ:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Серия | | Номер | |

| | |
|---|---|
| Дата выдачи: | |

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом: ДА / НЕТ*

*Данные физического лица (пациента), которому оказаны медицинские услуги:

| | |
|---|---|
| Фамилия | |
| Имя | |
| Отчество | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Дата рождения | | | |

ИНН* ☐

При отсутствии ИНН заполнить данные документа, удостоверяющего личность

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Паспорт гр. РФ ☐ Либо/ Свидетельство о рождении ☐

Серия ☐ Номер ☐

Дата выдачи: ☐

В целях получения обоими супругами социального налогового вычета по расходам на оказанную медицинскую услугу в Справке указать согласованную сумму моих расходов на оплату оказанных медицинских услуг в размере _____ ( в рублях/ либо в %).

Прошу выдать Справку:

В бумажном виде ☐ Направить в ИФНС в электронном виде ☐

Подпись _____ Дата: «_____» _____ 202____г.

**Отметка о получении Справки в бумажном виде:**

Справку № _____ от «_____» _____ 202 ____г. об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган за налоговый период _____ год получил (а).

Личная подпись _____ Дата _____