

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг
для предоставления в налоговые органы**

ФИО налогоплательщика	
Дата рождения	
Контактный телефон	
Паспортные данные налогоплательщика	Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____ Кем выдан _____
Адрес по месту регистрации	_____
ИНН	
Налоговый период (год)	

прошу выдать справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам
(отметить нужное √)

<input type="checkbox"/> моему супругу(е), <input type="checkbox"/> моим родителям, <input type="checkbox"/> моим детям	
ФИО пациента	
Дата рождения	
Паспортные данные пациента	Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____ Кем выдан _____
ИНН пациента	
Налоговый период (год)	

V	<p><i>Уважаемые пациенты, обращаем ваше внимание, что в связи с изменениями в форме справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган, согласно Приказа ФНС России от 08.11.2023 г. № ЕА-7-11/824 все данные, запрашиваемые в данном заявлении, обязательны для предоставления.</i></p> <p><i>Справка об оплате медицинских услуг выдается лично в руки налогоплательщику по предъявлению паспорта.</i></p> <p><i>В соответствии с ФЗ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», Вы даете согласие на обработку своих персональных данных, а также, подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.</i></p> <p><i>Согласно ФЗ от 2 мая 2006 года №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» письменное обращение рассматривается в течение 30 дней со дня регистрации письменного обращения.</i></p>
----------	--

Дата _____ Подпись _____