

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

ФИО налогоплательщика	
ИНН	
Паспортные данные	
Дата рождения	
Контактный телефон	
Электронная почта	
Налоговый период(год(а))	

Прошу предоставить справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам:
(отметить галочкой)

<input type="checkbox"/> Ксероксы паспорта и ИНН прилагаются			
<input type="checkbox"/> мне			
<input type="checkbox"/> моему(ей) супругу(е)			
ФИО		Дата рождения	
ИНН	Паспортные данные		
<input type="checkbox"/> моим родителям			
ФИО		Дата рождения	
ИНН	Паспортные данные		
ФИО		Дата рождения	
ИНН	Паспортные данные		
<input type="checkbox"/> моим детям			
ФИО		Дата рождения	
ФИО		Дата рождения	
ФИО		Дата рождения	
ФИО		Дата рождения	

Медицинские услуги были оказаны по адресу: (отметить нужное)

<input type="checkbox"/> г. Гатчина, ул. К.Подрядчикова, д. 22	<input type="checkbox"/> г. Гатчина, ул. Горького, д. 3
<input type="checkbox"/> г. Гатчина, пр. 25 Октября, д. 47	<input type="checkbox"/> г. Гатчина, ул. Генерала Кныша, д. 17

Обратите внимание!

<input type="checkbox"/>	Подписывая настоящее заявление Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанных в заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.
<input type="checkbox"/>	Запрашивая справку в целях получения налогового вычета на лечение ребенка в возрасте от 19 до 24 лет, настоящим гарантируете, что ребенок является обучающимся по очной форме обучения в организации, осуществляющей образовательную деятельность
<input type="checkbox"/>	Срок готовности справки до 30 календарных дней после дня подачи заявления
<input type="checkbox"/>	Одновременно доводим до Вашего сведения, что у клиники отсутствует техническая возможность передачи данных в ФНС в электронной форме согласно новому порядку их передачи, поэтому справка выдается на руки

« ____ » _____ 20__ г. Подпись: _____

Справка получена: « ____ » _____ 20__ г. Подпись: _____