

Генеральному директору ООО «ЛДЦ МИБС - Кемерово»
Ёлгиной Е.Э.

гр. _____

(ФИО налогоплательщика)

проживающего по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Для целей получения социального налогового вычета ПРОШУ:

1. Выдать справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации

Данные физического лица (его супруга (супруги)), оплатившего медицинские услуги (далее - налогоплательщик):

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

_____ (наименование документа, номер, кем и когда выдан)

ФИО:

_____ Дата
рождения: _____ ИНН: _____

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (далее – пациент):

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

_____ (наименование документа, номер, кем и когда выдан)

ФИО:

Дата рождения: _____ ИНН: _____

Степень родства налогоплательщика с пациентом:

- ☐ супруг (супруга);
- ☐ родитель – мать, отец;
- ☐ ребёнок (в том числе усыновленный) в возрасте до 18 лет;
- ☐ подопечный в возрасте до 18 лет;
- ☐ ребёнок (в том числе усыновленный) в возрасте до 24 лет;
- ☐ бывший подопечный в возрасте до 24 лет

(отметить нужное)

За какой год (годы) нужна справка: _____

Контактный телефон* _____

* Мы сообщим Вам о готовности справки. Справка может быть получена лично или путем выдачи доверенному лицу по месту обращения налогоплательщика за её выдачей. Ориентировочный срок готовности справки – 10 рабочих дней.

2. Направить справку:

- ☐ по электронной почте: _____
- ☐ Почтой России за мой счет по адресу**: индекс: _____, адрес: _____

** Направление документов Почтой России осуществляется после оплаты данной услуги налогоплательщиком.

3. Выдать справку доверенному

лицу***: _____

(ФИО доверенного лица полностью)

***Справка выдается доверенному лицу при предъявлении доверенным лицом документа, удостоверяющего личность, и при условии, что доверенное лицо указано в настоящем заявлении.

_____ (ФИО налогоплательщика полностью, подпись)

«___» _____ 202__ г.

Справку получил(а):

Дата «___» _____ 202__ г. Подпись _____ ФИО _____