

Генеральному директору  
ООО «Мед Гарант» С.Ф. Орлову

от \_\_\_\_\_  
(фио)

телефон \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу Вас, в соответствии с пунктом 1 Приложения № 2 к Приказу ФНС России от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@ «Приказ заполнения формы справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган», выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги.

ФИО налогоплательщика (полностью)																					
Дата рождения																					
Документ, удостоверяющий личность (наименование документа, серия, номер, дата выдача)	Вид документа: _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____																				
ИНН налогоплательщика	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Налоговый период (год)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Медицинские услуги оказаны:	<input type="checkbox"/> мне <input type="checkbox"/> супруге(у) <input type="checkbox"/> сыну (дочери) <input type="checkbox"/> матери (отцу)																				
ФИО пациента (полностью)																					
Дата рождения																					
Документ, удостоверяющий личность (наименование документа, серия, номер, дата выдача)	Вид документа: _____ Серия _____ номер _____ Дата выдачи _____																				
ИНН пациента	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
<input type="checkbox"/>	Обучается по очной форме обучения (до 24 лет) (при оказании медицинских услуг после 01.01.2022)																				
<input type="checkbox"/>	Согласен (а) на обработку персональных данных (подпись)																				
Подписывая настоящее заявление Я подтверждаю, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении, Я предоставляю с их добровольного согласия <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет																					
За указанный налоговый период (год) ранее справку получал <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет																					
Справку выдать следующим образом: <input type="checkbox"/> Лично мне <input type="checkbox"/> Направить по эл.почте (e-mail): _____ <input type="checkbox"/> Я доверяю получить пациенту, получившему медицинскую услугу																					
«__» _____ 20__ г. _____ (_____)																					

Заявление принято \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Справку получил (а) \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)