

**Заявление о выдаче справки,**

**Об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган, расходы за оказанные медицинские услуги осуществлялись:

**Бюджетное Учреждение здравоохранения Омской области « Клиническая офтальмологическая больница имени В.П. Выходцева»**

От налогоплательщика

Фамилия Имя Отчество

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом

Медицинские услуги оказаны:

супруге (у)  сыну (дочери)  матери (отцу)

<b>ИНН налогоплательщика</b> (указывается при наличии)	<input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>При заполнении поля «ИНН», не заполняется поле «Сведения о документе, удостоверяющем личность».</li> </ul>	
<b>Дата рождения налогоплательщика</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Сведения о документе, удостоверяющем личность налогоплательщика</b>	**Код вида документа <input type="text"/> Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Номер <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Дата выдачи <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Отчетный год (Налоговый период)</b>	<input type="text"/>
<b>Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА<sup>1</sup></b>	<input type="text"/>
1 Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.	
<b>ИНН пациента</b>	<input type="text"/>
<b>Дата рождения пациента</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>При заполнении поля «ИНН», не заполняется поле «Сведения о документе удостоверяющем личность».</li> </ul>	
<b>Сведения о документе, удостоверяющем личность пациента</b>	**Код вида документа <input type="text"/> Серия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Номер <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Дата выдачи <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

В целях получения обоими супругами социального налогового вычета по расходам за медицинские услуги указывается согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024)

Год \_\_\_\_\_ Сумма расходов на оказанные медицинские услуги \_\_\_\_\_ руб.

**Согласен(а) на обработку персональных данных**

Подписывая настоящее заявление, достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении подтверждаю.

Справку выдать следующим способом: Лично мне \_\_\_\_\_

Направить в налоговый орган \_\_\_\_\_ (с 01.01.2024)

(отметить нужное)

Дата

Подпись

Расшифровка

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Заявление принял \_\_\_\_\_

дата

подпись

Фамилия И.О.

Справка получена \_\_\_\_\_

дата

подпись

Фамилия И.О.