**Заявление физического лица о выдаче справки,**

**оплатившего медицинскую услугу** **за запрашиваемый налоговый период (год)**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год, в котором оказывалась медицинская услуга и в котором осуществлялись соответствующие расходы за оказанные медицинские услуги в ООО Стоматологический салон «Консул»

**От налогоплательщика**

Фамилия Имя Отчество (при наличии)

**Налогоплательщик и пациент являются одним лицом**

|  |  |
| --- | --- |
| **Медицинские услуги оказаны:**  **супруге (у) сыну (дочери) матери (отцу)** | |
| * **ИНН налогоплательщика**   **(указывается при наличии)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| |  |  | | --- | --- | | * **При заполнении поля** | **«ИНН», не заполняется поле «Сведения о документе, удостоверяющем личность».** | | |
| **Дата рождения**  **налогоплательщика** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  | |
| **Сведения о документе, удостоверяющем личность**  **налогоплательщика** | \*\*Код вида документа  Серия  Номер   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |   Дата выдачи |
| **Отчетный год**  **(Налоговый период)** |  |
| **Фамилия Имя Отчество**  **ПАЦИЕНТА1** |  |
| 1 Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом. | |
| * **ИНН пациента** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Дата рождения пациента** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  | |
| * При заполнении поля | «ИНН», не заполняется поле «Сведения о документе удостоверяющем личность». |
| **Сведения о документе, удостоверяющем личность пациента** | \*\*Код вида документа  Серия  Номер   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **.** |  |  | **.** |  |  |  |  |   Дата выдачи |
| **Согласен(а) на обработку персональных данных** | |
| Подписывая настоящее заявление, достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении подтверждаю. | |
| Дата Подпись  Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

\*\* КОДЫ ВИДОВ ДОКУМЕНТА

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование документа |
| 21 | Паспорт гражданина Российской Федерации |
| 03 | Свидетельство о рождении |
| 07 | Военный билет |
| 08 | Временное удостоверение, выданное взамен военного билета |
| 10 | Паспорт иностранного гражданина |
| 11 | Свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании лица беженцем на территории Российской Федерации по существу |
| 12 | Вид на жительство в Российской Федерации |
| 13 | Удостоверение беженца |
| 14 | Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации |
| 15 | Разрешение на временное проживание в Российской Федерации |
| 19 | Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации |
| 23 | Свидетельство о рождении, выданное уполномоченным органом иностранного государства |
| 24 | Удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации |
| 27 | Военный билет офицера запаса |
| 91 | Иные документы |

Справка получена

дата

подпись

Фамилия И.О.