|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Директору Калужского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России Терещенко А.В. | |
|  | от налогоплательщика физического лица (его супруга/супруги), оплатившего медицинские услуги | |
|  | полностью: фамилия, имя, | |
|  |  | |
|  | отчество (при наличии) | |
|  |  | |
|  | ИНН | |
|  | документ, удостоверяющий личность: | |
|  |  | |
|  | наименование документа и реквизиты документа: серия, номер | |
|  |  | |
|  | сведения о дате выдачи документа | |
|  |  | |
|  | и выдавшем его органе | |
|  | адрес: | |
|  |  | |
|  | индекс, субъект РФ, город, | |
|  |  | |
|  | улица, дом, корпус, квартира | |
|  | контактный телефон: |  |
|  |  | номер телефона для связи |
|  | электронная почта: |  |
|  |  | адрес электронной почты (при наличии) для связи |

**Заявление**

**о выдаче справки об оплате медицинских услуг**

На основании п. 2 Порядка заполнения формы справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган (Приложение № 2 к приказу ФНС России от 08.11.2023 г. № ЕА-7-11/824@) прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган Российской Федерации, в целях получения социального налогового вычета по НДФЛ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Налоговый период (год): |  | | |
| Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга: | |  | |
| Налогоплательщик и пациент являются одним лицом (указать: «да» или «нет»): | | |  |

Сведения о пациенте (заполняется если лицо, оплативший медицинские услуги - налогоплательщик и пациент не являются одним лицом):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия имя отчество пациента (полностью): | | | | | |  | |
| Дата рождения пациента: | | |  | | | | |
| ИНН пациента: |  | | | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность пациента - наименование документа: | | | | | | |  |
| Серия, номер документа: | | | |  | | | |
| Дата выдачи документа: | |  | | | | | |
| Орган, выдавший документ: | | | | |  | | |

Подписывая настоящее Заявление, подтверждаю, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении, предоставляются с их добровольного согласия.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| дата, месяц, год |  | подпись |  | Ф.И.О. |