

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ

об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган  
(начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024 года)

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг в \_\_\_\_ году для представления в налоговый орган.

Сообщаю следующие данные:

### Данные ПАЦИЕНТА:

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

**ИНН** \_\_\_\_\_ или

**серия и номер паспорта** \_\_\_\_\_ **дата выдачи** \_\_\_\_\_

Пациент и налогоплательщик является одним лицом

Если НЕТ, то

0 - нет

- да

Данные НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (его супруга/супруги, сына/дочери, матери/отца):

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

ИЛИ

**серия и номер паспорта** \_\_\_\_\_ **дата выдачи** \_\_\_\_\_

Сумма расходов за оказанные медицинские услуги \_\_\_\_\_  
(при наличии данной информации или согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки).

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

\_\_\_\_\_ **подпись** \_\_\_\_\_ **ФИО**  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 г. тел. +7 \_\_\_\_\_

подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.

### Предпочтительная форма получения Справки:

	Направить на электронную почту (выбирая данный способ получения Справки, я даю согласие на то, что Справка будет направлена мне по указанному адресу электронной почты с использованием незащищенных каналов связи): _____
✓	Направить сведения об оплате медицинских услуг в налоговый орган электронно непосредственно медицинской организацией с применением усиленной квалифицированной электронной подписи (за услуги, оказанные с 01.01.2024г.