

В \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)

ИНН \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность:

\_\_\_\_\_ (серия и номер, кем и когда выдан)

\_\_\_\_\_ (дата рождения)

Адрес места жительства/регистрации:

Контактный телефон: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг  
(направлении сведений о расходах налогоплательщика в электронной форме)**

В соответствии с НК РФ прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы с целью получения социального налогового вычета либо при наличии технической возможности направить сведения о расходах за медицинские услуги в налоговый орган.

Оплата была произведена мной за медицинские услуги, оказанные \_\_\_\_\_

указать период оказания услуг

Услуги были оказаны  
(выбрать нужное):

мне лично

моему супругу (супруге)

моей матери (отцу)

моему ребенку (детям),  
подопечному в возрасте до 18 лет

\_\_\_\_\_ ФИО, дата рождения

\_\_\_\_\_ ФИО, дата рождения

\_\_\_\_\_ ФИО, дата рождения

Копии документов, подтверждающих степень родства, прилагаю.

Способ выдачи справки (выделить нужное):

лично заявителю по месту нахождения медицинской организации.

МАХ

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20

г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись заявителя

ФИО заявителя