**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 КГБУЗ «ККВД» Ангарская ул.,5, г. Хабаровск, 680000

**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 |
|  **Договор( номер, дата,** **сумма)** |  |
| **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 |
|  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.  |
|  Дата ПодписьКонтактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Договор об оказании платных медицинских услуг в КГБУЗ «ККВД» прилагаю  |

\*\* 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 |

Срок оформления справки составляет 30 календарных дней.

Справка получена

дата

подпись

Фамилия И.О.