**Заявление**

Прошу предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ГБУЗ ЯО "ОКБ"

**От**

**Контактный телефон**

**Фамилия Имя Отчество НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА**

**ИНН**

**Дата рождения** **.** **.**

При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются.

**Документ удостоверяющий личность**

Вид документа

Серия Номер

Дата выдачи **.** **.**

**Налоговый период (год)**

**Медицинские услуги оказаны:** **мне** **супруге (у)** **сыну (дочери)** **матери (отцу)**

**Фамилия Имя Отчество ПАЦИЕНТА**

**ИНН**

**Дата рождения** **.** **.**

При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность» не заполняются.

**Документ удостоверяющий личность**

Вид документа

Серия Номер

Дата выдачи **.** **.**

**Копию договора** (при оказании медуслуг до 01.01.2024)

**Обучается по очной форме обучения** (до 24 лет) (при оказании медуслуг после 01.01.2022)

Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при оказании медицинских услуг после 01.01.2024)

Год 2024 Сумма расходов на оказанные мед. услуги руб.

**Согласен(а) на обработку персональных данных**

Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данных лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия.

Дата Подпись

Заявление получено

дата

Справка получена

дата

подпись

подпись

Фамилия И.О.

Фамилия И.О.