Генеральному директору

ООО «Нов-Дента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

Ю.В. Пиваеву

Заявление на выдачу справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации по расходам, понесенным **с 1 января 2024 года.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия, Имя, Отчество** налогоплательщика (полностью) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ИНН и данные документа, удостоверяющего личность** (наименование документа, серия и номер, дата выдачи) |  |
| **Дата рождения**  налогоплательщика | \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_год |
| **Контактный номер телефона** |  |

Прошу Вас предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги (нужное отметить **ѵ**)

□Мне □выдать печатную форму

□Моему супругу

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ФИО полностью** | **Дата рождения** | **ИНН или паспортные данные** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Свидетельство о браке (серия, номер, дата выдачи) |  | | |

□Моим родителям

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ФИО полностью** | **Дата рождения** | **ИНН или паспортные данные** |
| 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

□Моим детям

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ФИО полностью** | **Дата рождения** | **ИНН или паспортные данные**  **(при наличии)** |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Свидетельство о рождении (серия, номер, дата выдачи) |  | |
| 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Свидетельство о рождении (серия, номер, дата выдачи) |  | |

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!

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

Запрашивая справку в целях получения налогового вычета на лечение ребенка в возрасте от 19 до 24 лет, настоящим гарантируете, что ребенок является обучающимся по очной форме

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) подпись ФИО

*Заявление принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Дата отправления справки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_