

От (Ф.И.О полностью): _____

ИНН: _____

При отсутствии ИНН серия, номер, дата выдачи паспорта
или другого документа, подтверждающего личность

или

Паспорт: серия _____ № _____
дата выдачи _____

Дата рождения: _____

Контактный номер телефона: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу предоставить Справку(и) об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган за _____ год(ы) по медицинским услугам, оплаченным за:

1. Себя лично _____ (Да/нет).
2. За ближайших родственников (родителей, супруга(у), детей (в том числе, усыновленных, подопечных) до 18 лет (до 24 лет - при обучении по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность; любого возраста — при признании судом недееспособными):

1.Ф.И.О. (полностью): _____

Дата рождения: _____, степень родства: _____

ИНН (При отсутствии ИНН серия, номер, дата выдачи паспорта или другого документа, подтверждающего личность): _____

2.Ф.И.О. (полностью): _____

Дата рождения: _____, степень родства: _____

ИНН (При отсутствии ИНН серия, номер, дата выдачи паспорта или другого документа, подтверждающего личность): _____

3.Ф.И.О. (полностью): _____

Дата рождения: _____, степень родства: _____

ИНН (При отсутствии ИНН серия, номер, дата выдачи паспорта или другого документа, подтверждающего личность): _____

4.Ф.И.О. (полностью): _____

Дата рождения: _____, степень родства: _____

ИНН (При отсутствии ИНН серия, номер, дата выдачи паспорта или другого документа, подтверждающего личность): _____

Примечание: Информацию об очном обучении детей (усыновленных, бывших подопечных) до 24 лет или его недееспособности необходимо указать в заявлении в строке «Степень родства»

☐ Справку заберу лично по адресу заборного пункта: _____**ИЛИ**☐ Прошу отправить скан справки на электронную почту (возможно только при заполнении заявления непосредственно на пункте или (при электронном заявлении) указать адрес, ранее указанный в информированном согласии клиента): _____**ИЛИ**☐ Прошу отправить электронные сведения в налоговый орган (для справок за 2024 г., 2025 г.; срок исполнения до 10 р.д.)

Дата _____ Подпись _____