Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

Прошу предоставить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ за оказанные медицинские услуги в ООО «МЕЛИССА+»

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО налогоплательщика** |  |
| ИНН |  |
| Дата рождения |  |
| Паспорт (серия, номер, дата выдачи) |  |
| Контактный номер телефона |  |
| Электронная почта |  |
| Налоговый период (год) |  |
| Если налогоплательщик и пациент не совпадают, просьба заполнить |
| **ФИО пациента** |  |
| Кем приходится пациент налогоплательщику |  дочь сын супруг(а) мать отец |
| ИНН |  |
| Дата рождения |  |
| Паспорт (серия, номер, дата выдачи) или свидетельство о рождении |  |

**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 обучения в организации, осуществляющей образовательную деятельность. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  | Подпись |  |