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

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО** налогоплательщика |  |
| **ИНН** |  |
| Контактный номер телефона |  |
| Электронная почта |  |
| Налоговый период (год) |  |

Прошу предоставить справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам

(отметить нужное)

|  |  |
| --- | --- |
| **мне** | |
| **моему супругу(е)** | |
| ФИО |  |
| **моим родителям** | |
| ФИО |  |
| ФИО |  |
| **моим детям** | |
| ФИО |  |
| ФИО |  |
| ФИО |  |

Медицинские услуги были оказаны в «МиГе» по адресу

(отметить нужное)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| г. Котлас,  ул. Набережная д. 14 | г. Коряжма,  ул. Дыбцына, д. 21 | г. В. Устюг,  пер. Лесников, д. 1 |

**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. |

\* Убедительная просьба на электронную почту присылать полностью заполненное заявление о выдаче справки для предоставления в налоговые органы и скан договора об оказанных медицинских услугах за указанный налоговый период.

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