

От \_\_\_\_\_  
(ф.и.о. налогоплательщика, производившего оплату медицинских услуг)  
дата рождения \_\_\_\_\_, ИНН \_\_\_\_\_,  
паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г.  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

### Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган

Прошу выдать справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных (отметить нужное V)

- мне
- супругу(е): ФИО \_\_\_\_\_; дата рождения \_\_\_\_\_  
ИНН \_\_\_\_\_; паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_
- моим родителям: ФИО отца/матери \_\_\_\_\_;  
дата рождения отца /матери \_\_\_\_\_; ИНН отца/матери \_\_\_\_\_;  
паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_
- моим детям: ФИО \_\_\_\_\_;  
дата рождения \_\_\_\_\_; ИНН \_\_\_\_\_ паспортные данные: серия \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ или данные свидетельства о рождении: серия \_\_\_\_\_  
номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_

Справка необходима для представления в налоговый орган за налоговый период (\_\_\_\_\_ год).

Прошу выдать справку следующим способом (выбрать ОДИН вариант и отметить нужное V):

<input type="checkbox"/> В электронном виде, напрямую в ФНС (без выдачи на бумажном носителе) - по расходам, понесенным с 01.01.2024
<input type="checkbox"/> Лично мне на бумажном носителе (готовая справка выдается по адресу: г. Пенза, ул. Володарского, д.69, регистратура, с пн - сб с 8.00 до 20.00)
<input type="checkbox"/> На бумажном носителе справку доверяю получить доверенному лицу ФИО доверенного лица: _____, паспортные данные доверенного лица: серия _____ номер _____, выдан _____
<input type="checkbox"/> Направить на электронную почту в виде сканированной копии, адрес электронной почты _____@_____. При отправлении на адрес электронной почты через публичную сети Интернет осознаю все риски, связанные с возможным разглашением моих персональных данных, информации, составляющей врачебную тайну, т.к. сканированная копия справки будет отправлена на незащищенный адрес электронной почты по моему требованию, и я даю на это своё согласие. _____ (подпись заявителя)

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_