

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

-мне ;

-супругу(е) ; ФИО _____ ;

дата рождения _____ ; ИНН _____ ;

паспортные данные: серия _____ № _____, выдан " ____ " _____ г.

-моим родителям ФИО отца/матери _____ ;

дата рождения отца /матери _____ ; ИНН отца/матери _____ ;

паспортные данные: серия _____ № _____, выдан " ____ " _____ г.

-моим детям ФИО _____ ;

дата рождения _____ ; ИНН _____ ;

паспортные данные: серия _____ № _____, выдан " ____ " _____ г.

или данные свидетельства о рождении: серия _____ номер _____, дата выдачи _____.

Справка необходима для представления в налоговый орган за налоговый период
(_____ год(а)).

Прошу выдать справку следующим способом: **ВЫБРАТЬ ОДИН ВАРИАНТ** и отметить
нужное

В электронном виде, напрямую в ФНС (без выдачи на бумажном носителе) - по расходам, понесенным с 01.01.2024, если пациент оформляет налоговый вычет за себя, если за родственника (ов) только пункт 2 или 3).	
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)	
На бумажном носителе справку доверяю получить доверенному лицу _____ ФИО доверенного лица _____, паспортные данные доверенного лица: серия _____ номер _____, выдан _____	
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 _____