

Данные Заявителя:

Фамилия																				
Имя																				
Отчество																				

Дата рождения д м г

ИНН

Моб. телефон + 7 () - -

Адрес: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать мне следующие документы:

1. Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации за мое лечение за 20 __, 20 __, 20 __ гг.

Я проинформирован о том, что: (согласно ИНСТРУКЦИИ по учету, хранению и заполнению Справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ, УТВЕРЖДЕННОЙ приказом Минздрава России и МНС России от 25 июля 2001 года N 289/БГ-3-04/256)

- Справка удостоверяет факт получения медицинской услуги и ее оплаты через кассу учреждения здравоохранения за счет средств налогоплательщика.
 - Справка выдается после оплаты медицинской услуги **по требованию налогоплательщика, производившего оплату медицинских услуг, оказанных ему лично, его супруге (супругу), его родителям, его детям в возрасте до 18 лет (по расходам за 2022 год - по 24 лет, если ребенок учится на дневном отделении).**
 - ИНН налогоплательщика (при его наличии) и сведения о его родственных отношениях с пациентом указываются по сообщению налогоплательщика .
2. Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации **за лечение родственников:**

Пациент: ФИО полностью (разборчиво)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

степень родства: муж, жена, сын, дочь, мать, отец (подчеркнуть нужное)

Пациент: ФИО полностью (разборчиво)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

степень родства: муж, жена, сын, дочь, мать, отец (подчеркнуть нужное)

Пациент: ФИО полностью (разборчиво)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

степень родства: муж, жена, сын, дочь, мать, отец (подчеркнуть нужное)

3. Другое:

Дата _____ 20__ г. Подпись заявителя _____ / _____ /