

Директору ООО "КДЛ "МЕДТЕСТ"

Пищину А.А.

От Заказчика по договору ФИО _____

Дата рождения _____

Паспортные данные серия _____ номер _____

Кем выдан, дата выдачи _____

Телефон Заказчика по договору _____

Заявление от Заказчика по договору

Прошу выдать Справку для представления в налоговые органы, в отношении медицинских услуг, с целью получения социального налогового вычета за налоговый период _____ год на имя

Налогоплательщика:

ФИО _____

Дата рождения _____ ИНН _____

Паспорт серия _____ номер _____

Выдан _____

являющ (-имся,-ейся) моей(-им) законной(-ым): **супругой/супругом (нужное подчеркнуть)** на момент совершения данных расходов, состоящей (-им) со мной в браке, что подтверждается свидетельством о заключении брака № _____

Потребитель по договору

заполняется, если Потребитель ребенок:

ФИО ребенка _____

Дата рождения _____

Свидетельство о рождении: (дата и №) _____

В РАЗМЕРЕ: _____
(в полном размере / или указать конкретный размер в рублях)

Прошу направить *(выбрать нужное):*

скан-копию справки на электронную почту

оригинал справки почтовым отправлением на адрес:

Мне известно, что при передаче сведений, персональных данных через телефонную связь, с использованием электронной почты и других способах существуют риски: разглашение информации третьими лицами при: доступе к телефонной связи и электронной почте неуполномоченных лиц, доступе третьих лиц при передаче информации, компьютерных атаках злоумышленников на сервера и каналы связи, используемые при передаче информации, любом другом неуполномоченном доступе при передаче информации по каналам связи; использование третьими лицами информации, к которой они получили доступ; задержка (неполучение) сведений по причине неисправности систем связи, действия (бездействия) провайдеров или других обстоятельствах.

Форма заявления на получение справки, когда потребителями медицинских услуг являются дети до 18 лет, супруги

Персональные данные, указанные в заявлении, мной проверены, внесены верно. Заявитель предупрежден и принимаю на себя риски, связанные с неверным указанием ФИО налогоплательщика, пациента, паспортных данных. Стороны подтверждают, что ознакомились с информацией о наступлении ответственности, в том числе уголовной, в соответствии с законодательством Российской Федерации, в случае отсутствия законного основания для получения такого вычета.

Стороны ознакомились со ст. 219 НК РФ и порядком получения социального налогового вычета.

Дата _____ / _____

подпись

ФИО (Заказчик по договору)

Налогоплательщик (получатель справки) подтверждает, что ознакомлен с настоящим заявлением, согласен с ним в полном объеме и подтверждает свое добровольное волеизъявление на получение указанной Справки на свое имя в качестве лица, оплатившего медицинские услуги (налогоплательщика).

Дата _____ / _____

подпись

ФИО (Налогоплательщик)