Директору ООО «КДЛ «МедТест»
Пищику А.А.
167000, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Восточная, д. 35/1

Заявление
о предоставлении справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы

Я _____ Дата рождения_____
ИНН _____ Паспорт серия_____ номер____
выдан_____
Дата выдачи _____, Телефон _____
ЯВЛЯЮСЬ (выбрать нужное):
□ 1. Налогоплательщиком и пациентом в одном лице;
□ 2. Супругом(-ой) налогоплательщика, оплатившего медицинские услуги и оказанные ему;
□ 3. Налогоплательщиком, оплатившим медицинским услуги, оказанные пациенту, являющегося мне:_____
(супругом(-ой), родителем (мать, отец), ребенком до 18 лет (обучающимся по очной форме – до 24 лет)

□ 4. Пациентом (в справке налогоплательщиком будет другое физическое лицо).

Данные пациента/налогоплательщика ***(в случае, если выбраны п.3 или п.4***)
ФИО (полностью): _____
Дата рождения_____ ИНН _____
Вид документа_____
Серия и номер _____, дата выдачи: _____

Прошу выдать справку для представления в налоговые органы, в отношении оказанных мне медицинских услуг за налоговый период _____г., с целью получения социального налогового вычета.
Подготовленную справку прошу направить (выбрать нужное):
□ скан-копию на электронную почту: _____
□ оригинал справки заберу самостоятельно в подразделении по адресу: _____
_____

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.

Персональные данные, указанные в заявлении, мной проверены, внесены верно. Заказчик по договору предупрежден и принимает на себя риски, связанные с неверным указанием ФИО себя, как налогоплательщика, 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, подписывая настоящее заявление гарантируют, что имеют все правовые основания для внесения в качестве Налогоплательщика лица, указанного в настоящем заявлении, и подтверждают, что данные лицо понесло соответствующие расходы.

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

Дата_____ _____ / _____
подпись *ФИО (Заказчик по договору)*

При выборе пункта 2 и пункта 4 (обязательно к заполнению)
Налогоплательщик 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)*