**Директору**

**ООО ДМЦ «Азбука здоровья»**

**Кущенко Виталии Владимировне**

**Заявление**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ФИО**  **Налогоплательщика** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Контактный телефон** |  | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата рождения** | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | | | | |
| **Документ**  **удостоверяющий**  **личность** | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Налоговый период (год)** |  | | | | | | | | | | | |
| Медицинские услуги оказаны (**нужное подчеркнуть**):  мне, супругу(е), родителям, детям (в том числе усыновленным и находящимся на попечении) | | | | | | | | | | | | |
| **ФИО ПАЦИЕНТА**  (если налогоплательщик и пациент разные лица) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата рождения** | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | | | | |
| **Свидетельство о рождении ребенка, ИНН (при наличии)** | ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Свидетельство о рождении ребенка № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки (при необходимости)** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.  Указывая сумму, **подтверждаю** согласование супругом (супругой) данной суммы моих расходов | | | | | | | | | | | |
| **Способ получения Справки** | Лично на бумажном носителе (получение лично, при предъявлении документа, удостоверяющего личность) □ Щорса 37а. □ Н. Островского д.2  □ электронная форма (справка будет направлена в налоговый орган и размещена налоговым органом в личном кабинете налогоплательщика)  □ Почтой России заказным письмом | | | | | | | | | | | |
| **Адрес получения при отправке Почтой России (включая индекс)**  заполняется только в случае отправки заказным письмом |  | | | | | | | | | | | |
| **Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.** | **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заявление принял

\*В целях получения обоими супругами социального налогового вычета по расходам на оказанные медицинские услуги в заявлении указывается согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки. Ответственность за согласование суммы расходов несет заявитель.

Заявление заполнять печатными буквами без ошибок. Повторная выдача справки, в том числе замена налогоплательщика, законодательством не предусмотрена.