Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО налогоплательщика** |  |
| ИНН  |  |
| Дата рождения |  |
| Паспорт (серия, номер) |  |
| Контактный номер телефона |  |
| Электронная почта |  |
| Налоговый период (год) |  |
| Если налогоплательщик и пациент не совпадают, просьба заполнить  |
| **ФИО пациента** |  |
| ИНН  |  |
| Дата рождения |  |
| Паспорт (серия, номер) |  |

Медицинские услуги были оказаны в ООО «МИГ» по адресу

 (отметить нужное)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| г. Котлас, ул. Набережная, д. 14 | г. Котласул. Ушинского, д. 41 | г. Коряжма, ул. Дыбцына, д. 21 |
| г. Котлас, ул. 28 Невельской Дивизии, д. 3 |  г. Коряжма, ул. Гоголя д.3 | г. Котлас, ул. Набережная, д. 17 |

**ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия. |
|  | Запрашивая справку в целях получения налогового вычета на лечение ребенка в возрасте от 19 до 24 лет, настоящим гарантируете, что ребенок является обучающимся по очной форме обучения в организации, осуществляющей образовательную деятельность. |

\* Убедительная просьба на электронную почту присылать полностью заполненное заявление о выдаче справки для предоставления в налоговые органы и скан договора об оказанных медицинских услугах за указанный налоговый период.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  | Подпись |  |