

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

ФИО налогоплательщика	Иванов Иван Иванович
ИНН	000000000000
Дата рождения	01.01.1971 г.
Паспорт (серия, номер)	0000 000000
Контактный номер телефона	+7(000)000-00-00
Электронная почта	IvanovII@.....ru
Налоговый период (год)	2023 г.
Если налогоплательщик и пациент не совпадают, просьба заполнить	
ФИО пациента	Иванова Мария Андреевна
ИНН	111111111111
Дата рождения	05.05.1971 г.
Паспорт (серия, номер)	1111 111111

Медицинские услуги были оказаны в ООО «МИГ» по адресу
(отметить нужное)

- | | | |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> г. Котлас,
ул. Набережная, д. 14 | <input type="checkbox"/> г. Котлас,
ул. Ушинского, д. 41 | <input type="checkbox"/> г. Коряжма,
ул. Дыбцына, д. 21 |
| <input type="checkbox"/> г. Котлас,
ул. 28 Невельской
Дивизии, д. 3 | <input type="checkbox"/> г. Коряжма,
ул. Гоголя д.3 | <input type="checkbox"/> г. Котлас,
ул. Набережная, д. 17 |

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!

<input checked="" type="checkbox"/>	Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия.
<input checked="" type="checkbox"/>	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 10.01.2024 г.

Подпись 