
ФИО полностью, дата рождения,

паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, кем выдан)*

ИНН (при наличии)

Контактный номер телефона

Заявление

Прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы с целью получения социального налогового вычета.

Оплата была произведена мной за медицинские услуги, оказанные

указать дату /период оказания услуг

ООО «Поволжский офтальмологический центр»:

мне лично

моему супругу _____

ФИО, дата рождения, ИНН (при наличии), паспортные данные*

моей матери (отцу) _____

ФИО, дата рождения, ИНН (при наличии), паспортные данные*

моему ребенку (детям),

подопечному в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в т.ч. усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность)

ФИО, дата рождения, ИНН (при наличии), паспортные данные* (при наличии)

* при указании ИНН пациента сведения о документе удостоверяющим личность не заполняются

Выдать справку (подчеркнуть нужно):

1. Лично заявителю по месту нахождения лечебного учреждения:
- г. Самара, ул. Антонова Овсеенко, д. 59 Б
2. Направить электронным письмом в формате PDF, JPG на электронную почту:
_____@_____
3. Направить в ИФНС

*Сведения предоставляются в течении 30 дней со дня подачи заявления (Приказ ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@)

Согласие на обработку персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иные действия, необходимые для обработки персональных в соответствии с законодательством Российской Федерации,

подтверждаю _____

подпись, ФИО Заявителя

Заявление принял «___» _____ 20__ г. _____ / _____ /

подпись

ФИО