

Главному врачу
ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Пенза)
Базылеву В.В.
От (Ф.И.О. полностью)

Проживающего(ей) по адресу:

тел.:

Заявление о предоставлении справки об оплате медицинских услуг

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган Российской Федерации на получение социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги пациенту за _____ год в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Пенза).

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги.

ФИО

пациента

ИНН пациента

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата рождения пациента _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность (пациента) <*>:

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Данные физического лица, оплатившего медицинские услуги.

Заказчик/плательщик указанный в договоре

ФИО

заказчика

ИНН заказчика

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата рождения заказчика _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность (заказчика) <*>:

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____

тел.: _____

Справку прошу (поставить галочку):

☐

выдать в бумажном виде

☐

отправить в налоговый орган в электронном виде <***>

(подпись)

(ФИО)

«__» _____ 20__ год
(дата)

<*> заполняется при отсутствии ИНН.

<***> в отношении расходов, понесённых с 01 января 2024 года.