**Индивидуальному предпринимателю Порошниченко Александру Игоревичу**

**От**

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

**Тел.:**

**Заявление**

Прошу предоставить справку об оплате мной медицинских услуг для представления в налоговый орган (начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024 года).

Сообщаю следующие данные:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ФИО**  **НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА** | |  | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата рождения** | | « » г. | | | | | | | | | | | |
| *При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность»* ***не заполняются*** | | | | | | | | | | | | | |
| **Документ**  **удостоверяющий**  **личность** | | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Налоговый период (год)** | |  | | | | | | | | | | | |
| Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть):  *мне, супругу(е), сыну, дочери, матери, отцу* | | | | | | | | | | | | | |
| **ФИО ПАЦИЕНТА**  (если налогоплательщик и пациент разные лица) | |  | | | | | | | | | | | |
| **ИНН** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата рождения** | | « » г. | | | | | | | | | | | |
| *При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Документ удостоверяющий личность»* ***не заполняются*** | | | | | | | | | | | | | |
| **Документ**  **удостоверяющий**  **личность** | | Вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| Сумма расходов за оказанные медицинские услуги рублей  (при наличии данной информации или согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки). | | | | | | | | | | | | | |
| **V** | **Согласен на обработку персональных данных** | | | | | | | | | | | | |
| Подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия | | | | | | | | | | | | | |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |

**Справка получена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДАТА ПОДПИСЬ ФИО**