**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**