

Генеральному директору ООО «Лазерстеп»  
Сихаджок Н.И.  
от налогоплательщика физического лица (его супруга/супруги),  
оплатившего медицинские услуги

полностью: фамилия, имя,

отчество (при наличии)

ИНН

документ, удостоверяющий личность:

наименование документа и реквизиты документа: серия, номер

сведения о дате выдачи документа

и выдавшем его органе

адрес:

индекс, субъект РФ, город,

улица, дом, корпус, квартира

контактный телефон:

номер телефона для связи

электронная почта:

адрес электронной почты (при наличии) для связи

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о предоставлении справки об оплате медицинских услуг**  
**для предоставления в налоговый орган**

На основании п. 2 Порядка заполнения формы справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган (Приложение № 2 к приказу ФНС России от 08.11.2023 г. № ЕА-7-11/824@) прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган Российской Федерации, в целях получения социального налогового вычета по НДФЛ:

Налоговый период (год):	
Дата и номер договора на оказание медицинских услуг:	
Сумма расходов на оказанные медицинские услуги:	
Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга:	
Налогоплательщик и пациент являются одним лицом (указать: «да» или «нет»):	

Сведения о пациенте (заполняется если лицо, оплативший медицинские услуги - налогоплательщик и пациент не являются одним лицом):

Фамилия имя отчество пациента (полностью):	
Дата рождения пациента:	
ИНН пациента:	
Документ, удостоверяющий личность пациента - наименование документа:	
Серия, номер документа:	
Дата выдачи документа:	
Орган, выдавший документ:	

Подписывая настоящее Заявление, подтверждаю, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении, предоставляются с их добровольного согласия.

дата, месяц, год

подпись

Ф.И.О.

Справка получена

дата, месяц, год

подпись

Ф.И.О.