**Форма**

**заявления на оформление справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации**

Главному врачу ООО «Альянс Клиник»

Гордеевой И.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения полностью)

Паспорт серии\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**заявление.**

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги в ООО «Альянс Клиник».

Оплата была произведена мной за медицинские услуги, оказанные в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать период – год (ы)

(кому оказывались услуги: мне, супругу (супруге), отцу (матери), ребёнку (в возрасте до 18 лет), ребёнку (в возрасте до 24 лет, если он является обучающимся по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность) – **указать Ф.И.О. и дату рождения полностью)**

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (заполняется в случае, когда налогоплательщик и пациент не является одним лицом):

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серии\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать дату выдачи)

Свидетельство о рождении серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (для детей)

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_