

Заявление на выдачу справки для получения налогового вычета

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «КОММУС» (г. Коломна) (* - обязательно к заполнению)

*От _____ *Контактный телефон _____

Если ранее, в 2024, 2025 году, Вы заполняли заявление на выдачу справки для получения налогового вычета и персональные данные не изменились, то заполнять повторно ИНН, паспортные данные не

нужно, то указываете ФИО, налоговый период, подписи, форма получения. Да ☐ ; Нет

☐

*Фамилия, Имя, Отчество <u>налогоплательщика</u>	
ИНН налогоплательщика	
*Дата рождения налогоплательщика	
*Документ, удостоверяющий личность налогоплательщика	Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «___» _____ год Кем выдан _____ _____
*Налоговый период/год	
*Медицинские услуги оказаны (нужное подчеркнуть)	мне, супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу)
Налогоплательщик и пациент одно лицо? Да ☐ ; Нет ☐ (если нет, то необходимо заполнить данные пациента).	
*Фамилия, Имя, Отчество <u>пациента</u>	
*Дата рождения пациента	
ИНН пациента	
*Документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о	Вид документа _____ Серия _____ Номер _____

рождении)	Дата выдачи «__» _____ год
*Документ, подтверждающий родство	Вид документа ____ Серия ____ Номер ____ Дата выдачи «__» _____ год
За 2023 год: Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб. За 2024 год: Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб. За 2025 год: Сумма расходов на оказанные медицинские услуги _____ руб.	
Квитанции утеряны? Да ☐ ; Нет ☐	
ООО «КОММУС» (ОГРН 1035004262061, ИНН 5022033432), зарегистрированному по адресу: 140400, Московская область, г. Коломна, ул. Гражданская, д. 4 Даю согласие на обработку моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, идентификационный номер налогоплательщика (дата постановки на учет, реквизиты свидетельства постановки на учет в налоговом органе), реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя (при необходимости), адрес электронной почты, контактный телефон, с целью выдачи справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации. Обработка моих персональных данных может осуществляться с использованием и без использования средств автоматизации и включать в себя сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение всего срока действия договора оказания услуг, а также в соответствии со сроками хранения медицинской документации. Настоящее согласие может быть отозвано путем направления Обществу соответствующего письменного заявления на прекращение обработки персональных данных на адрес, указанный в тексте настоящего согласия.	
*Согласие на обработку персональных данных согласен(а)	 Поставить подпись
Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанных в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.	
Предпочтительная форма получения Справки. - Если Налогоплательщик и Пациент <u>не одно лицо</u>, то получение справки возможно только НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ, при личном посещении клиники) - Подчеркнуть ТОЛЬКО ОДИН пункт, который Вам необходим): - Очно – на бумажном носителе по адресу: МО, г. Коломна, ул. Гражданская, д. 4 - Отправить по ЭДО в налоговый орган, уведомить об этом по телефону (для 2024 и 2025 года) - Почтовым отправлением на электронную почту: Адрес почты _____	
Дата _____	Подпись _____

Справка предоставляется в течение **30 календарных дней** после дня подачи заявления налогоплательщика за запрашиваемый налоговый период (год) (как за текущий, так и по итогам налогового периода), в котором была оказана услуга и в котором осуществлялись соответствующие расходы (п. 3. Приложения № 4 к приказу ФНС России от «08» ноября 2023 г. № ЕА-7-11/825@).

Заявление получено

Дата

подпись

Фамилия сотрудника

Справка получена

Дата

подпись

Фамилия И.О.