**НАЛОГОВЫЙ ВЫЧЕТ ЗА ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ**

В соответствии со статьей 219 Налогового кодекса РФ налогоплательщик имеет право на получение социальных налоговых вычетов.

Порядок выдачи справок об оплате медицинских услуг определен Приказом Минздрава России и МНС России от 25 июля 2001 г. N 289/БГ-3-04/256.

Справку об оплате медицинских услуг Вы можете получить:

1. В кассах ГАУЗ СО «ГКБ №40», в рабочие дни: понедельник-пятница с 8.00 до 16-30;

* при себе иметь паспорт, ИНН, документы, подтверждающие оплату услуг.

1. По открытым каналам связи- электронной почте;

Для этого на электронную почту [market@gkb40.ur.ru](mailto:market@gkb40.ur.ru) необходимо отправить сканированный вариант или фото следующих документов:

* ЗАЯВЛЕНИЕ на имя главного врача ГАУЗ СО «ГКБ №40»,
* договор на оказание услуг,
* чек об оплате,
* копию паспорта (либо прописать паспортные данные в заявлении).

Форма заявления – см. ниже.

**ПРАВИЛА ВЫДАЧИ СПРАВОК ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ В ИФНС**

1. Справка выдается на имя Плательщика, который указан в Договоре на оказание медицинских услуг.
2. Для получения налогового вычета к учету принимаются суммы, оплаченные за медицинские услуги, оказанные супругу(ге), находящемуся(щейся) в зарегистрированном браке, своим родителям (но не родителям супруга), детям до 18 лет на момент оказания услуги.
3. Заключенные договоры **не исправляются и не переоформляются**.

**При заключении** договора обязательно укажите Плательщика (налогоплательщика) и Пациента (потребителя услуг).

1. При утере документов, подтверждающих оплату услуг, необходимо подать заявление на имя главного врача на восстановление необходимых документов в свободной форме через делопроизводство ГАУЗ СО «ГКБ №40» или на официальную электронную почту: [gkb40@gkb40.ur.ru](mailto:gkb40@gkb40.ur.ru)

**!!! ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЛАТЕЛЬЩИКОМ (ЗАКАЗЧИКОМ), УКАЗАННЫМ В ДОГОВОРЕ!!!**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу ГАУЗ СО «ГКБ № 40» А. И. Прудкову  От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО полностью)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место жительства (место пребывания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год(а):

ФИО, дата рождения плательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинские услуги оказаны (нужное отметить):

|  |  |
| --- | --- |
|  | мне |
|  | моему мужу, моей жене, моей матери, моему отцу, моей дочери (младше 18 дет), моему сыну (младше 18 лет) |

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

(ФИО потребителя услуги, дата рождения)

Способ получения справки (нужное отметить):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Выдать мне на руки при предъявлении паспорта |
|  | Направить скан-копию (электронный образец) справки по открытым каналам связи по адресу электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_