Заполняется разборчиво, печатными буквами!!! **В ГАУЗ СО "ГКБ №40"**

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган

Данные заявителя (лица, оплатившего услугу):

Фамилия

Имя

Отчество *(при наличии)*

Дата рождения ИНН

Данные документа, удостоверяющего личность ***(заполняется при отсутствии ИНН)***: Код документа *(приказ ФНС России от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@): паспорт РФ -21, свид.о рожд. – 03, воен.билет -07, паспорт иностр.гр.- 10)*

серия и номер *(через пробел)* дата выдачи . .

- **Налоговый период:** _____ год *(не ранее 2024 года)*:
- **сведения о ранее полученных справках за указанный период** *(нужное отметить и вписать)*:
  - ☐ ранее справку не получал(а);
  - ☐ получал(а) справку(и) в ГАУЗ СО "ГКБ №40" за указанный период № и дата _____.
- **сведения о договоре** (договорах) – номер, дата, сумма (при наличии сведений): _____

_____

_____

- **медицинские услуги оказаны** *(нужное подчеркнуть)*:

☐ мне ☐ моему мужу, моей жене ☐ моей матери, моему отцу ☐ моей дочери, моему сыну *(младше 18 лет, для обучающихся очно – до 24 лет)*

- Прошу указать в справке согласованную супругами сумму расходов конкретного супруга (заявителя) *(указать сумму, если применимо)*_____

Данные лица, получившего медицинскую услугу *(заполняется, если не совпадает с лицом, оплатившим услугу)*:

Фамилия

Имя

Отчество *(при наличии)*

Дата рождения ИНН

Данные документа, удостоверяющего личность ***(заполняется при отсутствии ИНН)***: Код документа *(приказ ФНС России от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@): паспорт РФ -21, свид.о рожд. – 03, воен.билет -07, паспорт иностр.гр.- 10)*

серия и номер *(через пробел)* дата выдачи . .

Способ получения справки *(отметить один вариант)*:

☐ выдать на бумажном носителе

☐ выслать по открытым каналам связи на эл. почту _____;

«___»_____202__г. Подпись _____