



**Данные Заявителя:**

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Фамилия  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Имя      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отчество |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Дата рождения   д   м     г

ИНН

Моб. телефон  +  7  (    )     -   -

Адрес: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**Прошу выдать мне следующие документы:**

1. Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации за мое лечение за 20\_\_\_, 20\_\_\_, 20\_\_\_ гг.

Я проинформирован о том, что: (согласно ИНСТРУКЦИИ по учету, хранению и заполнению Справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ, УТВЕРЖДЕННОЙ приказом Минздрава России и МНС России от 25 июля 2001 года N 289/БГ-3-04/256)

- Справка удостоверяет факт получения медицинской услуги и ее оплаты через кассу учреждения здравоохранения за счет средств налогоплательщика.
  - Справка выдается после оплаты медицинской услуги **по требованию налогоплательщика, производившего оплату медицинских услуг, оказанных ему лично, его супруге (супругу), его родителям, его детям в возрасте до 18 лет (по расходам за 2022 год - по 24 лет, если ребенок учится на дневном отделении).**
  - ИНН налогоплательщика (при его наличии) и сведения о его родственниках с пациентом указываются по сообщению налогоплательщика .
2. Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации **за лечение родственников:**

Пациент: ФИО полностью (разборчиво)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

степень родства: муж, жена, сын, дочь, мать, отец (подчеркнуть нужное)

Пациент: ФИО полностью (разборчиво)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

степень родства: муж, жена, сын, дочь, мать, отец (подчеркнуть нужное)

Пациент: ФИО полностью (разборчиво)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

степень родства: муж, жена, сын, дочь, мать, отец (подчеркнуть нужное)

3. Другое:

Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись заявителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /