

Главному врачу
ГБУ РО «СП» в г. Ростове-на-Дону
А.С. Иванову

От _____
(Ф.И.О. налогоплательщика, / супруга налогоплательщика)

_____ (адрес проживания)

_____ (паспорт, серия, №, когда и кем выдан, ИНН, телефон, дата рождения, адрес прохождения лечения)

З А Я В Л Е Н И Е

На основании п.2 Порядка заполнения формы справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган (Приложение № 2 к приказу ФНС России от 08.11.2023г.№ ЕА-7-11/824@). Прошу выдать **мне (Ф.И.О)** _____

_____ Ф.И.О. справку об оплате медицинских услуг за (_____ год) для предоставления в налоговые органы РФ в целях получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги.

пациент-

Ф.И.О. (если пациент и налогоплательщик не одно и то же лицо, укажите паспортные данные, дату рождения пациента)

пациент -

Ф.И.О. . (если пациент и налогоплательщик не одно и то же лицо, укажите паспортные данные, дату рождения пациента)

« _____ » _____ 20 ____ г

(личная подпись)