

Главному врачу АО «ЛДЦ Иммунологии
и Аллергологии» Суздальцевой Т.В.

От _____

Тел. +7 _____

Заявление на выдачу справки для получения налогового вычета

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в АО «ЛДЦ Иммунологии и Аллергологии».

ФИО налогоплательщика _____

ИНН налогоплательщика _____

Дата рождения _____

Паспорт* серия _____ № _____ дата выдачи _____

Налоговый период/год _____

Медицинские услуги оказаны: ☐ мне, ☐ супруге(у), ☐ сыну (дочери), ☐ матери (отцу)

ФИО пациента _____

ИНН пациента _____

Дата рождения _____

Документ, удостоверяющий личность*: вид документа _____

серия _____ № _____ дата выдачи _____

* Документ, удостоверяющий личность указывается в случае, если не указан ИНН.

На обработку персональных данных согласен(а) ☐.

Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия.

Предпочтительная форма получения Справки:

☐ Лично в бухгалтерии АО «ЛДЦ Иммунологии и Аллергологии» по адресу пр-кт Кирова, 435 (время работы бухгалтерии 9.00 – 17.00 в будние дни).

☐ Почтовым отправлением по адресу: Индекс _____ Адрес _____

☐ Направить на электронную почту (выбирая данный способ получения Справки, я даю согласие на то, что Справка будет направлена мне по указанному адресу электронной почты с использованием незащищенных каналов связи): _____

☐ Направить сведения об оплате медицинских услуг в налоговый орган электронно непосредственно медицинской организацией с применением усиленной квалифицированной электронной подписи (за услуги, оказанные с 01.01.2024г.)

Дата _____ Подпись _____

Срок изготовления справки до 30 календарных дней (Приказ ФНС России от 08.11.2023г. №ЕА-7-11/824@)