Приложение № 1 к приказу

Генеральному директору

АО «Институт пластической

хирургии и косметологии» Грибу Ю.М.

от (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Запрос на выдачу справки**

**об оплате медицинских услуг для предоставления**

**в налоговый орган**

Данные физического лица (его супруга/супруги), оплатившего медицинские услуги (далее – **налогоплательщика**):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отчество |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ИНН** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Налоговый период (год) |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| Дата рождения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид документа (Паспорт РФ, Вид на жительство в РФ, Паспорт иностранного гражданина и т.п. | | | | | |  | | | | |
| Серия и номер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата выдачи |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом:

|  |  |
| --- | --- |
| 0 - нет |  |
| 1 - да |

В случае получения социального налогового вычета обоими супругами указывается согласованная (супругами) сумма расходов конкретного супруга:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. |  |  | Сумма расходов |  |
| Ф.И.О. |  |  | Сумма расходов |  |

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (**пациент**)\*.

*\*Заполняется в случае, если налогоплательщик и пациент не является одним лицом.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отчество |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ИНН** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата рождения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид документа (Паспорт РФ, Вид на жительство в РФ, Паспорт иностранного гражданина и т.п. | | | | | |  | | | | |
| Серия и номер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата выдачи |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

\* Отчество указывается при наличии.

\* При заполнении поля «ИНН» поля «Вид документа», «Серия и номер», «Дата выдачи» раздела «Сведения о документе, удостоверяющем личность» не заполняются.

*см. оборотную сторону*

Адрес для почтового отправления (заполняется в случае отправки по почте России):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Населенный пункт |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Улица, дом, квартира |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Запрос заполнил: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)

Документы принял: (Должность, Ф.И.О., Дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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