|  |  |
| --- | --- |
| **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г** | **Директору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Власенко А.В.**  От:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО Пациента/Налогоплательщика)  Контактный тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Адрес места проживания для направления корреспонденции) |

**Заявление**

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ.

1. Период налогового возврата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **ФИО** Пациента (получателя мед. услуг по договору):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2.1. **ФИО** Законного представителя Пациента (по договору с несовершеннолетним**/**по доверенности) \*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения \_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2.2. **ИНН** Пациента/Законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.3. Паспортные данные серия \_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.4. реквизиты доверенности Представителя (приложить копию):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Код справки**: «1»
2. **Дополнительно Прошу предоставить**:

4.1. дубликат взамен утраченного договора на оказание мед услуг: **да / нет** (нужное подчеркнуть)

4.2. дубликаты рецептов на ранее выписанные лекарственные средства**\*** (перечислить, какие именно, каким врачом выписанные)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4.4.3. копия лицензии Медицинского центра : **да / нет** (нужное подчеркнуть).

1. Справка об оплате медицинских услуг выдается лично на руки налогоплательщику, производившему оплату, либо представителю физического лица на основании нотариальной доверенности\*\*.

\*При наличии технической возможности предоставления рецепта. При этом срок предоставления документов может быть увеличен до 14 дней.

\*\* **На основании приказа МЗ РФ и МНС РФ от 25.07.2001г., №289/БГ-3-04/256 справка выдается после оплаты медицинской услуги и при наличии документов, подтверждающих произведенные расходы, по требованию  физического лица (налогоплательщика), производившего оплату медицинских услуг, оказанных ему лично, его супруге (супругу), его родителям, его детям в возрасте до 18 лет.** Перечень видов лечения, по которым можно получить налоговый вычет, утвержден  Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001 года N 201.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (согласие, подпись заявителя)