**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СПРАВКИ**

**об оплате медицинских услуг в ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (Клиническая стоматологическая поликлиника)**

**для представления в налоговый орган**

**(начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024 года)**

Прошу предоставить Справку об оплате медицинских услуг в году для представления в налоговый орган.

Сообщаю следующие данные:

Данные ПАЦИЕНТА:

Фамилия Имя Отчество Дата рождения

ИНН

серия и номер паспорта дата выдачи

Пациент и налогоплательщик является одним лицом 0 - нет

1 - да

Если НЕТ, то

Данные НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА (его супруга/супруги, сына/дочери, матери/отца):

Фамилия Имя Отчество Дата рождения

ИНН

серия и номер паспорта дата выдачи

Сумма расходов за оказанные медицинские услуги (при наличии данной информации или согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей Справки).

Достоверность и полноту сведений, указанных в данном заявлении подтверждаю:

/ / 1

подпись ФИО

« » 202 г. тел. +7 ( )

1 подписывая данное Заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также подтверждаете, что персональные данные лиц, указанных в Заявлении Вы предоставляете с их добровольного согласия

\*Сведения предоставляются в течении **30 дней** со дня подачи заявления (Приказ ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@)