

Главному врачу
РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России
С. А. Плескачеву
От налогоплательщика _____

Дата рождения _____
(фамилия, имя, отчество)

ИНН _____

Паспорт серия, номер _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Контактный телефон _____

Почтовый индекс, адрес _____

Адрес электронной почты _____

Пациент (ф.и.о., дата рождения) _____

За период _____

Вх. № _____

« ____ » _____ 20__ г.

Заявление

В соответствии с пунктом 2 «Порядка заполнения формы справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган», утвержденный Приказом Федеральной налоговой службы от 08 ноября 2023 г. №ЕА-7-11/824 «Об утверждении формы справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган, порядка ее заполнения, формата и порядка предоставления в налоговый орган медицинской организацией и индивидуальным предпринимателем, осуществляющими медицинскую деятельность, сведений о фактических расходах налогоплательщика на оказанные услуги, необходимых для предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган (формы по КНД 1151156).

« ____ » _____ 2025 г. _____