

заявление на выдачу справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы
Российской Федерации по расходам, понесенным с **1 января 2024 года.**

Фамилия, Имя, Отчество налогоплательщика (полностью)	_____
ИНН и паспортные данные (наименование документа, серия и номер, дата выдачи)	
Дата рождения налогоплательщика	_____ год
Налоговый период (год)	За 202__ год
Контактный номер телефона	
E-mail	

Прошу Вас предоставить справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги (нужное отметить **✓**)

Мне

Моему супругу

ФИО полностью	Дата рождения	ИНН и паспортные данные

Свидетельство о браке (серия, номер, дата выдачи)		

Моим родителям

ФИО полностью	Дата рождения	ИНН и паспортные данные
1. _____		

Моим детям

ФИО полностью	Дата рождения	ИНН и паспортные данные (при наличии)
1. _____		
Свидетельство о рождении (серия, номер, дата выдачи)		
2. _____		
Свидетельство о рождении (серия, номер, дата выдачи)		

(дата)

подпись

ФИО