

Комментарии к заполнению заявления на налоговый вычет

1. Заявление заполняется от лица:

- Пациента , если пациент старше 18 лет
- Плательщика, указанного в договоре на оказание медицинских услуг, в случаях , когда пациент является несовершеннолетним , либо плательщик и пациент не являются одним и тем же лицом по договору.

2. В качестве налогоплательщика Заявитель имеет право указать любое другое лицо, имеющее право на получение налогового вычета за оплаченные медицинские услуги в указанном налоговом периоде. В соответствии с подпунктом 3 пункта 1 статьи 219 налоговый вычет можно получить за медицинские услуги , оказанные непосредственно самому налогоплательщику, его супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность), подопечным в возрасте до 18 лет.

3. В случае, если налогоплательщик и пациент одно и тоже лицо, данные о пациенте заполнять не нужно.

4. Все подписи в заявлении ставятся Заявителем.

5. Справка об оплаченных медицинских услугах изготавливается на бумажном носителе в течение 30 календарных дней, с момента получения заявления. Когда справка будет готова, Вы получите уведомление на электронную почту, в случае, если она указана в карте пациента.

Заявление
на выдачу справки для получения налогового вычета
за _____ гг.

От _____
(ФИО пациента или плательщика, указанного в договоре на оказание услуг (полностью))

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ООО «Адамант Медицинская Клиника»

Контактный телефон _____

Данные физического лица, оплатившего мед.услуги (далее – налогоплательщик):

ФИО _____

ИНН _____

Дата рождения _____

Вид документа_паспорт_____

Серия _____ Номер _____

Дата выдачи _____

Медицинские услуги оказаны: мне, супруге(у), сыну (дочери), матери (отцу)
(нужное подчеркнуть)

Данные физического лица, которому оказаны мед.услуги:

ФИО _____

Дата рождения _____

Вид документа _____

Серия _____ Номер _____

Дата выдачи _____

На обработку персональных
данных согласен(а) _____
(подпись)

Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанных в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия. Справка выдается на бумажном носителе (на руки) т.к. отсутствует техническая возможность передать сведения в ФНС в электронном виде. Сведения предоставляются в течение 30 дней со дня подачи Заявления (Приказ ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@).

Дата подачи заявления _____
(дата) (подпись) (ФИО)

Заявление получено _____
(дата) (подпись) (ФИО)

Справка получена _____
(дата) (подпись) (ФИО)