Г лавному врачу ГАУЗ СО «ОДКБ»

Аверьянову О.Ю.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, имя отчество налогоплательщика)*

Телефон налогоплательщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление.

Прошу подготовить на основании предоставленных мною данных Справку для представления в налоговые органы с целью получения социального налогового вычета о стоимости оплаченных мною медицинских услуг *(далее – заполнить нужное*):

Мне

Моей матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, Имя, Отчество матери)*

моему отцу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, Имя, Отчество отца)*

моему ребенку/моим детям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, Имя, Отчество ребенка/детей)*

Для оформления Справки направляю:

* 1. Настоящее Заявление
  2. Скан-копию паспорта (страница, удостоверяющая личность)
  3. Скан-копию договоров и чеки к ним, по которым мною произведена оплата медицинских услуг, всего на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу направить скан-копию Справки по электронной почте на адрес *(указать)*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я ознакомился со *ст. 219 НК РФ и порядком получения социального налогового вычета.*

Я предупрежден и принимаю на себя риски, связанные с небезопасной передачей запрашиваемой мною информации и документа по электронной почте, не относящейся к защищённым каналам связи.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись фамилия, инициалы (обязательно!)*

**ВНИМАНИЕ! ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАПОЛНЕНА В СООТВЕТСТВУЮЩИХ ГРАФАХ ВРУЧНУЮ!**