Форма заявления на получение справки, когда потребителями медицинских услуг являются родители или дети в возрасте до 24 лет, в случае если они являются обучающимися по очной форме обучения в образовательных организациях

Директору ООО «Доктор Лайт Пермь»
Копчиковой Ю.А.

От: ФИО Потребителя_____

_____

Дата рождения_____

Паспортные данные серия_____ номер_____

Кем выдан, дата выдачи_____

_____

Телефон Потребителя _____

Заявление от Потребителя
(пациента)

Прошу выдать Справку для представления в налоговые органы, в отношении стоимости оказанных мне, как Потребителю, медицинских услуг, с целью получения социального налогового вычета за налоговый период - _____ год, и в графе **«Налогоплательщик»** указать:

ФИО_____

Дата рождения_____ ИНН _____

Паспорт Серия _____ номер _____выдан _____

_____

(далее - Налогоплательщик), являющ(-имся/-ейся) моим: **сыном/дочерью/матерью/отцом (нужное подчеркнуть)** на основании Свидетельства о рождении № _____

С целью реализации права на получение социального налогового вычета в соответствии со ст.219 НК РФ настоящим заявлением подтверждаю, что Налогоплательщиком лично фактически понесены расходы на оплату медицинских услуг в отношении меня, как Потребителя.

Прошу направить ***(выбрать нужное):***

- ☐ скан-копию справки по электронной почте _____
- ☐ оригинал справки почтовым отправлением на адрес _____

_____

Мне известно, что при передаче сведений, персональных данных через телефонную связь, с использованием электронной почты и других способах существуют риски: разглашение информации третьими лицами при: доступе к телефонной связи и электронной почте неуполномоченных лиц, доступе третьих лиц при передаче информации, компьютерных атаках злоумышленников на сервера и каналы связи, используемые при передаче информации, любом другом неуполномоченном доступе при передаче информации по каналам связи; использование третьими лицами информации, к которой они получили доступ; задержка (неполучение) сведений по причине неисправности систем связи, действия (бездействия) провайдеров или других обстоятельствах.

Персональные данные, указанные в Заявлении, мной проверены, внесены верно. Заявитель предупрежден и принимает на себя риски, связанные с неверным указанием ФИО налогоплательщика, пациента; паспортных данных. Стороны подтверждают, что ознакомились с информацией о наступлении ответственности, в том числе уголовной, в соответствии с законодательством Российской Федерации, в случае отсутствия законного основания для получения такого вычета.

Стороны, подписывая настоящее заявление гарантируют, что имеют все правовые основания для внесения в качестве Налогоплательщика лица, указанного в настоящем заявлении, и подтверждают, что данные лицо понесло соответствующие расходы.

Стороны ознакомились со ст. 219 НК РФ и порядком получения социального налогового вычета.

Дата _____ _____ / _____

подпись *ФИО (Потребителя)*

Налогоплательщик (получатель справки) подтверждает, что ознакомлен с настоящим заявлением, согласен с ним в полном объеме и подтверждает свое добровольное волеизъявление на получение указанной Справки на свое имя в качестве лица, оплатившего медицинские услуги (налогоплательщика).

Дата _____ _____ / _____

подпись *ФИО (Налогоплательщика)*