Форма заявления на получение справки, когда потребителями медицинских услуг являются дети до 18 лет, супруги

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

От Заказчика по договору ФИО_____

_____

Дата рождения_____

Паспортные данные серия_____ номер_____

Кем выдан, дата выдачи _____

_____

_____

Телефон Заказчика по договору _____

Заявление от Заказчика по договору

Прошу выдать Справку для представления в налоговые органы, в отношении медицинских услуг, с целью получения социального налогового вычета за налоговый период _____ год на имя **Налогоплательщика**:

ФИО_____

Дата рождения _____ ИНН _____

Паспорт серия _____ номер _____

Выдан _____

_____

являющ (-имся,-ейся) моей(-им) законной(-ым): **супругой/супругом (нужное подчеркнуть)** на момент совершения данных расходов, состоящей (-им) со мной в браке, что подтверждается свидетельством о заключении брака № _____

Потребитель по договору (Ф.И.О.)_____

заполняется, если Потребитель ребенок:

ФИО ребенка_____

Дата рождения _____

Свидетельство о рождении: (дата и №)_____

В РАЗМЕРЕ: _____

(в полном размере / или указать конкретный размер в рублях)

_____

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

□ скан-копию справки на электронную почту _____

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

Дата _____ _____ / _____

подпись *ФИО (Заказчик по договору)*

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 (Налогоплательщик)*