ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ!!!
(услуги оказанные ребенку)

Директору ООО «МДЦ Здоровье»
Лукину Д.А.
От Петрова Петра Петровича
(ФИО налогоплательщика полностью)
Паспорт серия 1234 номер 567890
Дата выдачи паспорта 09.01.2002
ИНН 1234567891012
Дата рождения 31.12.1979
Номер телефона +70000000000

Заявление

В соответствии с Приказом ФНС России от 08.11.2023 N ЕА-7-11/824@ "Об утверждении формы справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган, порядка ее заполнения, формата и порядка представления в налоговый орган медицинской организацией и индивидуальным предпринимателем, осуществляющими медицинскую деятельность, сведений о фактических расходах налогоплательщика на оказанные услуги, необходимых для предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, в электронной форме" прошу предоставить справку о стоимости медицинских услуг, оказанных мне/моему сыну/дочери/подопечному, супругу/супруге, матери/отцу* и оплаченных мною в 2024 году в ООО «МДЦ Здоровье».* ***Нужное подчеркнуть.***

Данные лица, получившего медицинские услуги: ФИО Петрова Екатерина Петровна, Паспорт/свидетельство о рождении серия 1234 номер 147852, дата выдачи паспорта/свидетельства о рождении 02.02.2002, ИНН 1210987654321, дата рождения 03.03.2010.

Прилагаю копии документов, подтверждающих родство:

1. Свидетельство о браке _____
2. **Свидетельство о рождении/усыновлении_____
3. **Акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна

_____

Справку прошу направить на адрес электронной почты, зарегистрированный на мое имя и принадлежащий мне (используемый мной): _____

** Для детей (в том числе усыновленных) 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) и подопечным в возрасте до 18 лет (бывшим подопечным после прекращения опеки или попечительства, обучающимся по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в возрасте до 24 лет.

*** Настоящим подтверждаю, что являюсь единственным из супругов получателем социального налогового вычета по расходам на оказанные в ООО «МДЦ Здоровье» в 2024 году медицинские услуги.

_____/ФИО Петров Петр Петрович

**** Настоящим подтверждаю, что между супругами достигнуто соглашение о получении мною социального налогового вычета по расходам на оказанные в ООО «МДЦ Здоровье» в _____ году медицинские услуги в размере _____%.

_____/ФИО _____

/* Нужное выбрать

**** заполняется в случае обращения за выдачей справки обоих супругов.

«09» января 2025 _____/ФИО Петров Петр Петрович