**Директору**

**ООО «Таврическая клиника репродуктивной медицины**

**«Ферти-Лайн»**

**Волковой Е. С.**

Заявление на получение справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации

Прошу выдать справку об оказанных медицинских услугах (нужное подчеркнуть):  в упрощенной форме (мы сами отправляем в ФНС)

 на бумажном носителе

 получить скан-копию по электронной почте\*

# Данные налогоплательщика:

* Фамилия, имя, отчество:
* Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Документ, удостоверяющий личность налогоплательщика:

* Паспорт: серия \_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Кем выдан

# Отчетный период (год): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сумма всех расходов на оказанные медицинские услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** рублей

**Сумма расходов на оказанные медицинские услуги по коду услуги «1»: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**рублей

**Сумма расходов на оказанные медицинские услуги по коду услуги «2» \*\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**рублей

**Если налогоплательщик и пациент являются одним лицом, не заполняется: Данные пациента:**

* Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
* Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН: \_\_\_\_\_\_

**Документ, удостоверяющий личность пациента:**

* Вид документа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(подпись) (расшифровка) (дата)*

**Сведения предоставляются в течении 30 дней со дня подачи заявления**

**(Приказ ФНС России от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@)**

\* – ФНС России вправе потребовать оригинал справки, предоставленной налогоплательщиком в виде скан-копии.

\*\* – Факт отнесения услуг к дорогостоящим (код «2») Вы можете уточнить у сотрудника клиники.