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 «Эдельвейс» Логинову Д.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 медицинских услуг, с целью получения социального налогового вычета за налоговый период _____ год на имя **Налогоплательщика:**

ФИО Налогоплательщика: _____

Дата рождения: _____

Паспорт: серия _____ номер _____

Выдан: _____

ИНН: _____

(заполняется если неизвестны паспортные данные)

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.

Подготовленную справку прошу подготовить в течение 30 дней и выдать мне лично.

Персональные данные, указанные в заявлении, мной проверены и внесены верно. Заказчик по договору предупрежден и принимает на себя риски, связанные с неверным указанием ФИО Потребителя, Налогоплательщика, 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 объёме и подтверждает своё добровольное волеизъявление на получение указанной Справки на своё имя в качестве лица, оплатившего медицинские услуги (налогоплательщика).

Дата _____ _____ / _____

подпись *ФИО (Налогоплательщик)*