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

Директору ООО «Эдельвейс» Логинову Д.А.

От: ФИО (Заказчика по договору):

_____

Дата рождения: _____

Паспортные данные: серия _____ номер _____

Кем выдан, дата выдачи: _____

_____

Телефон Заказчика: _____

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 Налогоплательщика: _____

Дата рождения: _____

Паспорт: серия _____ номер _____

Выдан: _____

ИНН: _____

(заполняется если неизвестны паспортные данные)

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 № _____

заполняется, если Потребитель ребёнок:

ФИО ребёнка: _____

Дата рождения: _____

Свидетельство о рождении (дата и №): _____

В РАЗМЕРЕ: _____

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

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 Заказчика, 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 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 объёме и подтверждает своё добровольное волеизъявление на получение указанной Справки на своё имя в качестве лица, оплатившего медицинские услуги (налогоплательщика).

Дата _____ _____ / _____

подпись *ФИО (Налогоплательщик)*