В МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал

ФГБУ «НМИЦ радиологии»

Минздрава России

249036, Калужская область,

г. Обнинск, ул. Королева, д.4.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о представлении в налоговый орган сведений о фактических расходах налогоплательщика на оказанные услуги, необходимых для предоставления социального налогового вычета**

**по налогу на доходы физических лиц, в электронной форме**

В соответствии с приложением № 4 к приказу ФНС России от 08.11.2023 N ЕА-7-11/824@ прошу представить в налоговый орган сведения о фактических расходах налогоплательщика на оказанные услуги, необходимые для предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, в электронной форме.

Платные медицинские услуги были оказаны в МРНЦ им. А.Ф. Цыба - филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России: мне, супруге(у), сыну (дочери), матери (отцу), подопечному в возрасте до 18 лет.

***(нужное подчеркнуть)***

**1. ФИО пациента** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Дата рождения пациента** «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.

**3.** **Паспорт пациента** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г. *(дата выдачи)*

*(серия, номер)*

**ИНН пациента**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**В случае, если пациент и налогоплательщик являются одним лицом, то пункты 4-6 не заполняются.**

**4. ФИО налогоплательщика** (кто оплачивал мед услуги) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.** Дата рождения налогоплательщика: «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.

**6. Паспорт налогоплательщика** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.

*(серия, номер) (дата выдачи)*

**ИНН налогоплательщика** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7**. За какой год (налоговый период) требуется предоставление сведений: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8**. Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**9. Настоящим подтверждаю, что** данное заявление подписано мною собственноручно, мои паспортные данные достоверны и позволяют идентифицировать мою личность.Подписывая настоящее Заявление, подтверждаю, что все персональные данные лиц, указанные в данном заявлении, предоставляются с их добровольного согласия.

**10.** Я уведомлен о том, что сведения должны быть представлены в налоговый орган в течение 30 календарных дней после дня подачи в МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России настоящего заявления.

Дата заполнения «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*ФИО*