В МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал

ФГБУ «НМИЦ радиологии»

Минздрава России

249036, Калужская область,

г. Обнинск, ул. Королева, д.4.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выдаче справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган**

В соответствии с приложениями № 1 и № 2 к приказу ФНС России от 08.11.2023 N ЕА-7-11/824@ прошу выдать мне справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган.

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 справки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 срок предоставления справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган составляет 30 календарных дней после дня подачи настоящего заявления в МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

**11. Сведения о способе получения запрашиваемой справки** *(отметить нужное* 🗹*)***:**

🞏- получить лично в кабинете отдела по работе с пациентами, корпус 4 по адресу: г. Обнинск, ул. Королева, д.4;

🞏- на адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

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

*ФИО*

Направить скан-копию или читаемое фото заявления на предоставление справки на электронную почту в отдел по работе с пациентами: mrrc@mrrc.obninsk.ru.