Генеральному директору  
Общества с ограниченной ответственностью «Три-З»  
(сокращенное наименование – ООО «Три-З»)  
(ИНН 2308092939/ОГРН 1032304158193)  
Лауниц Надежде Михайловне

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
на выдачу Справки об оплате медицинских услуг   
для представления в налоговый орган**

1. Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество Заявителя-налогоплательщика полностью)*

прошу выдать **«Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган»** для получения налогового вычета по оплаченным нижеуказанными лицами медицинским услугам, оказанным ООО «Три-З» в 20\_\_\_\_г. следующему физическому лицу *(выбрать верный вариант)*:

* супругу/супруге;
* родителю (мать/отец);
* ребенку (в том числе усыновленному) в возрасте до 18 лет;
* ребенку (до 24 лет, если ребенок (в том числе усыновленный) является обучающимся по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность);
* подопечному в возрасте до 18 лет.

Данные о физическом лице, которому оказаны медицинские услуги *(заполнить полностью)*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Фамилия)*  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Имя)*  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Отчество)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Дата рождения)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Серия, номер паспорта)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Кем выдан)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г./КП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Дата выдачи/КП)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Контактная информация)*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(ИНН)*

1. Для расчета прошу распределить произведенные расходы на лечение в следующем порядке: *(указать расходы каждого из лиц)*
   * Лицу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(статус, фамилия, имя, отчество, ИНН Заявителя-налогоплательщика полностью)*

которым оплачено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Дата рождения)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Серия, номер паспорта)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Кем выдан)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г./КП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Дата выдачи/КП)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Контактная информация)*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(ИНН)*

* + Лицу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(статус, фамилия, имя, отчество, ИНН Лица-налогоплательщика-2 полностью)*

которым оплачено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Дата рождения)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Серия, номер паспорта)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Кем выдан)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г./КП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Дата выдачи/КП)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Контактная информация)*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(ИНН)*

1. Подписью настоящего Заявления Заявителем-налогоплательщиком подтверждается согласие на обработку и передачу ООО «Три-З» (ИНН 2308092939) своих персональных данных в Федеральную налоговую службу Российский федерации (ФНС РФ) и ее территориальные подразделения в целях содействия исполнению моего поручения.

**Заявитель-налогоплательщик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г. *(фамилия, имя, отчество) (подпись) (дата подачи Заявления)*

1. Подписью настоящего Заявления Лицом-налогоплательщиком-2 подтверждается согласие на обработку и передачу ООО «Три-З» (ИНН 2308092939) своих персональных данных в Федеральную налоговую службу Российский федерации (ФНС РФ) и ее территориальные подразделения в целях содействия исполнению поручения Заявителя.

**Лицо-налогоплательщик-2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г. *(фамилия, имя, отчество (подпись) (дата подачи Заявления)*

1. Подписью настоящего Заявления лицо, которому оказаны медицинские услуги, подтверждает свое согласие на обработку и передачу ООО «Три-З» (ИНН 2308092939) своих персональных данных, а также сведений о факте своего обращения за получением медицинской помощи в Федеральную налоговую службу Российский федерации (ФНС РФ) и ее территориальные подразделения в целях содействия исполнению поручения Заявителя.

**Лицо, которому оказаны медицинские услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(фамилия, имя, отчество) (подпись)*

*«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г.   
 (дата подписания Заявления)*