

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

Иван
(Имя)

Иванович
(Отчество)

01.01.1950
(Дата рождения)

0000 000000
(Серия, номер паспорта)

ОУФМС России по Московской области гор.Москва
(Кем выдан)

01.01.2000 г./КП 000 - 000
(Дата выдачи/КП)

8-000-000-00-00
(Контактная информация)

000000000000
(ИНН)

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

1. Я, Иванов Иван Иванович
(фамилия, имя, отчество Заявителя-налогоплательщика полностью)

прошу выдать мне «Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган» для получения налогового вычета по оплаченным мной 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):

Иванова
(Фамилия)

Мария
(Имя)

Петровна
(Отчество)

01.01.1950

(Дата рождения)

0000 000000

(Серия, номер паспорта)

ОУФМС России по Московской области гор.Москва

(Кем выдан)

01.01.2000 г./КП 000 - 000

(Дата выдачи/КП)

8-000-000-00-00

(Контактная информация)

000000000000

(ИНН)

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

3. Подписью настоящего Заявления лицо, которому оказаны медицинские услуги, подтверждает 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 Российской Федерации (ФНС РФ) и ее территориальные подразделения в целях содействия исполнению поручения Заявителя.

Заявитель-налогоплательщик

Иванов Иван Иванович / Иии
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

«01» февраля 2025г.
(дата подачи Заявления)

Лицо, которому оказаны медицинские услуги

Иванова Мария Петровна / ИМии
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

«01» февраля 2025г.
(дата подписания Заявления)