Главному врачу ГБУЗ «ДСП №25 ДЗМ»

Е.Ю. Кирсановой

От­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг, для предоставления в налоговые органы Российской Федерации для получения социального налогового вычета по НДФЛ за оказанные медицинские услуги в ГБУЗ «ДСП №25 ДЗМ.

* Даю свое согласие на обработку своих персональных данных
* Прошу отправить справку об оплате медицинских услуг электронно в мою ИФНС. (Только для понесенных расходов с 01.01.2024 года, до 01.01.2024 справка выдается по старому образцу на руки)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)