ФОРМА

Главному врачу

ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)

В.А. Пелеганчуку

От: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО полностью)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения.

ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу направить в электронной форме в налоговый орган сведения о фактических расходах за оказанные медицинские услуги, за период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (запрашиваемый период (год), в котором оказывалась медицинская услуга, но не ранее 01.01.2024)

необходимые для предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц (за исключением социального налогового вычета в размере стоимости лекарственных препаратов) предусмотренные подпунктом 3 пункта 1 статьи 219 Налогово кодекса РФ.

В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», даю добровольное согласие на обработку моих персональных данных.

Предоставляю ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул) право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, передачу, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)