



Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы

| | | | |
|------------------------|--|-------------------|---------------------------------------|
| ФИО налогоплательщика | | | |
| Дата рождения | | Конт. телефон | |
| ИНН | | Паспортные данные | серия _____ № _____ дата выдачи _____ |
| Налоговый период (год) | | | |

Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам (отметить нужное)

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> мне | | | |
| <input type="checkbox"/> моему супругу (е) | | | |
| ФИО, дата рождения | | ИНН | |
| | | Паспортные данные | серия _____ № _____ дата выдачи _____ |
| <input type="checkbox"/> моим родителям | | | |
| ФИО, дата рождения | | ИНН | |
| | | Паспортные данные | серия _____ № _____ дата выдачи _____ |
| <input type="checkbox"/> моим детям | | | |
| ФИО, дата рождения | | Свидетельство о рождении (паспорт) | |
| | | серия _____ № _____ дата выдачи _____ | |
| ФИО, дата рождения | | Свидетельство о рождении (паспорт) | |
| | | серия _____ № _____ дата выдачи _____ | |

прошу выдать следующим способом (отметить нужное)

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Электронно напрямую в ФНС (без выдачи на бумажном носителе) - по расходам, понесенным с 01.01.2024г | | |
| <input type="checkbox"/> на бумажном носителе: | | |
| <input type="checkbox"/> лично мне | | |
| <input type="checkbox"/> г.Волгоград, ул.Землячки, д.78 - касса платных услуг на 2-м этаже (будние дни с 08.00 до 19.00) | <input type="checkbox"/> г.Волжский, ул.Комсомольская, д.25 - касса платных услуг (будние дни - с 08.00 до 16.30) | <input type="checkbox"/> г.Урюпинск, ул.Фридек-Мистек, д.8 - касса платных услуг (будние дни с 08.00 до 16.30) |
| <input type="checkbox"/> направить почтой по адресу | | |
| Адрес (с индексом) | | |
| <input type="checkbox"/> я доверяю получить | | |
| ФИО доверенного лица | | |
| паспортные данные доверенного лица | серия _____ № _____ дата выдачи _____ | |

| | |
|----------|--|
| V | Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данных третьих лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия. |
|----------|--|

дата _____ подпись _____

Справка выдается по письменному заявлению пациента (налогоплательщика), производившего оплату медицинских услуг, оказанных ему лично, а также его супруге (супругу), его родителям, его детям в возрасте до 18 лет (до 24 лет обучающимся в образовательных учреждениях в очной форме) при предоставлении следующих документов:

- Заполненное Заявление;
- Договор с кассовым чеком;
- Копию свидетельства о рождении ребёнка (если налогоплательщик родитель);
- Копию свидетельства о браке (если налогоплательщик и пациент супруги);
- Копию свидетельства о рождении (если пациент – родитель).

Справка не выдается, если медицинские услуги оплачивает налогоплательщик, являющийся иным родственником пациента, кроме указанных в пп. 3 п. 1 ст. 219 Налогового кодекса РФ, а также не являющийся его родственником

Если при оказании медицинских услуг заключался трехсторонний договор учреждения с пациентом (в договоре – Потребитель) и налогоплательщиком (в договоре – Заказчик), справка выдается налогоплательщику без предъявления подтверждающих родство документов

Срок изготовления справки зависит от полноты предоставления документов и составляет в соответствии со ст. 12 Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»:

- до 30 (тридцати) дней при предоставлении полного комплекта документов (п.1. ст.12 ФЗ);
- до 60 (шестидесяти) дней при отсутствии у заявителя документов, необходимых для выдачи справки (п.2 ст.12 ФЗ).

Учреждение обязуется оформить справку в наиболее короткий срок, исходя из числа поданных заявлений и загруженности специалистов учреждения. В среднем срок выдачи справки составляет 10 рабочих дней.

О готовности справки будет сообщено по указанному в заявлении телефону.

Готовую справку можно получить по адресу:

г.Волгоград, ул.Землячки, д.78 - касса платных услуг на 2-м этаже (будние дни с 08.00 до 19.00);

г.Волжский, ул.Комсомольская, д.25 - касса платных услуг (будние дни с 08.00 до 16.30);

г.Урюпинск, ул.Фридек-Мистек, д.8 – касса платных услуг (будние дни с 08.00 до 16.30).

Кроме того, справку можно получить по почте, указав почтовый адрес в Заявлении.

Лицензию учреждения можно получить в едином реестре лицензий на сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по адресу roszdravnadzor.gov.ru или на официальном сайте учреждения vokod34.ru

Заявление на получение справки об оплате медицинских услуг можно направить на электронный адрес buh@vokod34.ru

Справки по медицинским услугам, оказанным, начиная с 01.01.2024 года – по запросу пациента – возможно направлять напрямую в ФНС по телекоммуникационным каналам связи, минуя «бумажный вариант». Для этого необходимо проставить необходимую отметку в Заявлении.

Справки по телефону 8 (8442) 54-63-03