

**ИНСТРУКЦИЯ  
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ**

1. Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы для получения социального налогового вычета можно взять **ЕДИНОЖДЫ ЗА ОДИН КАЛЕНДАРНЫЙ ГОД**, поэтому заявление необходимо заполнять после полного завершения лечения в этом году.
2. За лечение можно получить налоговый вычет в размере 13% от общей суммы расходов, потраченных на лечение, но не более 150 000 руб., за исключением расходов за имплантацию зубов.
3. Заполнять следует все пустые поля заявления **ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ** разборчивым почерком.
4. В заявлении необходимо указать только **ОДИН ГОД**, за лечение в котором, планируется получение вычета, то есть один год – одно заявление.
5. Если **НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК И ПАЦИЕНТ ЯВЛЯЮТСЯ РАЗНЫМИ ЛИЦАМИ**, подписать заявления должен налогоплательщик.
6. К заявлению необходимо приложить копии/фото **КАССОВЫХ ЧЕКОВ**.
7. Заявления, заполненные не по этой инструкции, неразборчивым почерком, с пропущенными для заполнения полями или графами, рассматриваться не будут.
8. Срок изготовления справки 30 дней. Если изготовим быстрее, сообщим на Мах.
9. Выдача справки происходит в клинике только заявленному **НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКУ ПО ПАСПОРТУ**.
10. **ОТПРАВИТЬ** заполненное заявление можно двумя способами:
  - а) Отдать заявление администратору на ресепшн.
  - б) Отправить заявление на почту [mirzuba@yandex.ru](mailto:mirzuba@yandex.ru) и сообщить об отправленном письме администратору по номеру 89885099003.

Директору ООО «Стоматология на Гагарина» Абен Ю. В.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу выдать справку за \_\_\_\_\_ год об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы для получения социального налогового вычета

ФИО налогоплательщика \_\_\_\_\_

ИНН налогоплательщика \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Серия номер паспорта налогоплательщика, кем выдан, дата выдачи \_\_\_\_\_

ФИО и дата рождения пациента, получившего услуги \_\_\_\_\_

ИНН пациента \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Отношение к налогоплательщику (пациент является матерью, отцом, сыном, дочерью) \_\_\_\_\_

Серия номер паспорта, кем выдан, дата выдачи \_\_\_\_\_

Общая сумма лечения \_\_\_\_\_

Дата, указанная в кассовых чеках	Сумма, указанная в кассовых чеках в течении одного года

Подпись налогоплательщика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / тел. \_\_\_\_\_

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