|  |  |
| --- | --- |
| [Описание: Описание: http://rodnikperm.ru/mainlogo.png](http://rodnikperm.ru/) | ***ООО «Клинический Санаторий-профилакторий «Родник»***  ***ИНН 5908021452 КПП 590801001 ОГРН 1025901613187***  ***614032 г. Пермь, ул. Кировоградская, 110***  ***Тел/факс: 8/342/252-19-90, 252-67-52***  ***Электронный адрес:*** [**rodnikperm@mail.ru**](mailto:rodnikperm@mail.ru) |

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**СПРАВКА в ФНС**

Справка об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ выдается по требованию налогоплательщика, производившего оплату медицинских услуг, и оформляется бесплатно.

**Копия лицензии не предоставляется на основании разъяснений Федеральной Налоговой Службы, Федерального закона от 27.12.2019 года №478-ФЗ (ред. от 24.04.2020). Данные о лицензии доступны на сайте Росздравнадзора.**

Справка оформляется в соответствии с Приказом Минздрава РФ №289, МНС РФ №БГ-3-04/256 от 25.07.2001.

**Правила заполнения формы заявления на выдачу справки для ФНС:**

1. ФИО – прописать ФАМИЛИЮ, ИМЯ и ОТЧЕСТВО полностью;
2. Срок изготовления справки – 20 дней со дня получения запроса;
3. Когда справка будет готова, Вам позвонят на номер телефона, указанный в форме заявления;
4. Справка выдается за текущий год и три предшествующих года.

**Заказать справку можно по адресу г. Пермь, ул. Кировоградская, д. 110, кабинет 102 или направив запрос на электронную почту по форме заявления:** [**rodnikperm@mail.ru**](mailto:rodnikperm@mail.ru)**.**

ООО «КСП «Родник»

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫДАЧУ СПРАВКИ**

**ДЛЯ НАЛОГОВОГО ВЫЧЕТА ПАЦИЕНТУ**

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

Прошу предоставить справку об оплате медицинских услуг в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_году.

ФИО налогоплательщика:

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

**(фамилия, имя, отчество полностью)**

**(дата рождения налогоплательщика)**

ИНН налогоплательщика:

Телефон налогоплательщика:

1. ФИО того, кто получал медицинскую услугу:

**(фамилия, имя, отчество полностью)**

**(дата рождения)**

**(степень родства)**

1. ФИО того, кто получал медицинскую услугу:

(фамилия, имя, отчество полностью)

(дата рождения)

(степень родства)

**Примечание:**

**Копия лицензии не предоставляется на основании разъяснений Федеральной Налоговой Службы, Федерального закона от 27.12.2019 года №478-ФЗ (ред. от 24.04.2020). Данные о лицензии доступны на сайте Росздравнадзора.**

\_\_

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

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)