

**УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!**  
**просим Вас ознакомиться с информацией**  
**о Справке об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган**

В соответствии с подпунктом 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации (далее-Кодекса) в случаях, предусмотренных главой 23 «Налог на доходы физических лиц» Кодекса, при определении размера налоговых баз налогоплательщик имеет право на получение социального налогового вычета в сумме, уплаченной налогоплательщиком в налоговом периоде за медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, ему, его супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность), подопечным в возрасте до 18 лет (в соответствии с перечнем медицинских услуг, утвержденным Правительством Российской Федерации), а также в размере стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения, назначенных им лечащим врачом и приобретаемых налогоплательщиком за счет собственных средств.

Если иное не предусмотрено статьей 219 Кодекса, предусмотренный данным подпунктом социальный налоговый вычет в сумме расходов на оказанные медицинские услуги предоставляется при представлении налогоплательщиком в налоговый орган документа, подтверждающего фактические расходы налогоплательщика на оказанные медицинские услуги, выданного налогоплательщику медицинской организацией, индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность, по форме и в порядке, которые утверждаются федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения. Форма справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган и порядок ее заполнения утверждены приказом ФНС России от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@.

Согласно пункту 2 порядка заполнения формы справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган Справка заполняется на основании **заявления физического лица (его супруга/супруги) о выдаче Справки**, оплатившего медицинскую услугу, за запрашиваемый налоговый период (год), в котором оказывалась медицинская услуга и в котором осуществлялись соответствующие расходы на оказанные медицинские услуги пациенту, его супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность) и подопечным в возрасте до 18 лет (бывшим подопечным после прекращения опеки или попечительства, обучающимся по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в возрасте до 24 лет) (Письмо Минфина России от 11.06.2025 № 03-04-05/57276).

Для удобства пользования, специалистами ООО «Клиника Выздоровления» разработана форма заявления о выдаче справки об оплате медицинских услуг, которую вы можете получить у администратора или скачать на официальном сайте ООО «Клиника Выздоровления» в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: <https://klinika-vyzdorovlenia.ru/home/pacientam>.

## ФОРМА (ОБРАЗЕЦ) ЗАЯВЛЕНИЯ

Генеральному директору  
ООО «Клиника Выздоровления»  
ОГРН 1232300019060  
Я. С. Умудумову

от \_\_\_\_\_

*(Ф.И.О.(при наличии) пациента или его  
законного представителя)*

дата рождения: \_\_\_\_\_,

адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_,

контактный номер телефона: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### О ВЫДАЧЕ СПРАВКИ ОБ ОПЛАТЕ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

На основании п. 2 Порядка заполнения формы справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган (Приложение № 2 к приказу ФНС России от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@) прошу выдать на моё имя справку об оплате медицинских услуг, оказанных ООО «Клиника Выздоровления» мне, моему супругу(е), моему ребёнку, моей матери, моему отцу для предоставления  
*(нужное подчеркнуть)*

в налоговый орган Российской Федерации, в целях получения социального налогового вычета по НДФЛ,  
за **2023 / 2024/ 2025** налоговый год.

*(нужное подчеркнуть)*

Сведения о пациенте:

\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О.(при наличии) пациента/ дата рождения)*

Подписывая настоящее Заявление:

-даю свое согласие ООО «Клиника Выздоровления» на обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, контактный номер телефона, ИНН, адрес электронной почты) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»;

-подтверждаю, что все персональные данные лиц (фамилия, имя, отчество, дата рождения), указанные в данном заявлении, предоставляются с их добровольного согласия;

-разрешаю отправку запрашиваемой мною справки об оплате медицинских услуг, по указанному мной адресу электронной почты, и/ или в виде сообщения в мессенджере МАХ с использованием сети Интернет, по указанному мной номеру контактного телефона.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

*(подпись)*

\_\_\_\_\_

*(дата)*

Принято:

Дата принятия \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ год

Подпись сотрудника \_\_\_\_\_

*(подпись/фамилия/инициалы/ должность - лица принявшего заявление)*

\_\_\_\_\_