



Департамент здравоохранения Тюменской области
Государственное автономное учреждение здравоохранения
Тюменской области

«ОБЛАСТНОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

П Р И К А З

«22» декабря 2024 г.

№ 202-OC

г.Тюмень

О порядке выдачи «Справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган»

В соответствии с Приказом ФНС России от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@ "Об утверждении формы справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган, порядка ее заполнения, формата и порядка представления в налоговый орган медицинской организацией и индивидуальным предпринимателем, осуществляющими медицинскую деятельность, сведения о фактических расходах налогоплательщика на оказанные услуги, необходимых для предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, в электронной форме",

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Предоставление справки КНД 1151156 «Справка об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган» за оказанные медицинские услуги с 01.01.2024 год, в налоговый орган осуществлять в электронной форме по телекоммуникационным каналам связи.
2. Оформление и передачу в налоговые органы справок осуществлять на основании заявления (Приложение №1) в течение 30 календарных дней со дня поступления в учреждение заявления.
3. Настоящий приказ вступает в силу с 01.01.2025 года
4. Контроль за исполнением приказа возложить на главного бухгалтера.

Главный врач

П.Н. Жвавый

Приложение к приказу
от «___» декабря 2024г. №___

Главному врачу
ГАУЗ ТО «Областной
кожно-венерологический диспансер»
П.Н. Жвавому

от_____

контактный телефон_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку формы по КНД 1151156 «Справка об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговый орган» за 202__ год.

Данные физического лица, обратившегося за выдачей Справки и оплатившего медицинские услуги:

ФИО _____
дата рождения _____
ИНН _____
Паспортные данные: серия _____ номер _____
дата выдачи _____

*Данные физического лица, получающего налоговый вычет (при несовпадении с лицом, оплатившим медицинские услуги):

ФИО _____
дата рождения _____
ИНН _____
Паспортные данные: серия _____ номер _____
дата выдачи _____

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (супруг/супруга/родитель)

ФИО _____
дата рождения _____
ИНН _____
Паспортные данные: серия _____ номер _____
дата выдачи _____

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (ребенок)

ФИО _____
дата рождения _____
ИНН (при наличии) _____
Свидетельство о рождении: серия _____ номер _____
Дата выдачи _____

Копии договоров прилагаю.

подпись
Дата