

**Департамент здравоохранения Тюменской области
Государственное автономное учреждение здравоохранения
Тюменской области
«Многопрофильный консультативно-диагностический центр»
(ГАУЗ ТО «МКДЦ»)**

П Р И К А З

«14» февраля 2025 г.

г. Тюмень

№ 035/25-ос

О назначении ответственных за передачу сведений об оплате платных медицинских услуг в ФНС по запросу налогоплательщика

В соответствии с Федеральным законом от 31.07.2023 № 389-ФЗ «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации, отдельные законодательные акты Российской Федерации и о приостановлении действия абзаца второго пункта 1 статьи 78 части первой Налогового кодекса Российской Федерации», приказа 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, сведений о фактических расходах налогоплательщика на оказанные услуги, необходимых для предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц.

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Назначить ответственными за прием «Заявлений о предоставлении учреждением сведений об оплате медицинских услуг в налоговые органы» от налогоплательщиков, оплативших медицинские услуги

кассира отдела бухгалтерского учета и отчетности:

- Заверуху Анастасию Васильевну;
- Золотареву Анну Сергеевну;
- Удинцеву Светлану Борисовну.

2. Ответственным лицам, поименованным в пункте 1 настоящего приказа:

2.1. Проверять в заявлении от налогоплательщика следующие сведения и документы:

- Фамилию, Имя, Отчество налогоплательщика и пациента;
- родство с пациентом и подтверждающие это документы – если налогоплательщик

и пациент не одно и то же лицо;

- ИНН пациента и заявителя, если запрос делает не пациент;
- паспортные данные налогоплательщика, реквизиты документа, удостоверяющего

личность пациента – паспорт или свидетельство о рождении;

2.2. Выдавать 1 экземпляр справки налогоплательщику при личном обращении с документом, удостоверяющим личность и документом, подтверждающим родство с пациентом, за которого была произведена оплата медицинских услуг, под роспись в журнале регистрации справок.

2.3. Направлять скан-копию справки на электронный адрес, указанный в заявлении налогоплательщика.

3. Ответственные лица, поименованные в пункте 1 настоящего приказа, несут персональную ответственность за достоверность сведений, отраженных в заявлении об информации, передаваемой пациенту, о сумме понесенных пациентом расходов на оказание медицинских услуг.

4. Утвердить Приложение к данному приказу и Порядок выдачи справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации в целях получения социального налогового вычета согласно приложению.

5. Разместить утвержденные настоящим приказом Приложение и Порядок на официальном сайте учреждения.

6. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Д.И.Бутов

ЗАЯВЛЕНИЕ

на выдачу справки об оплате медицинских услуг для получения налогового вычета

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ГАУЗ ТО «Многопрофильный консультативно-диагностический центр»

Ф.И.О налогоплательщика: _____

Дата рождения: _____ Контактный телефон: _____

ИНН: _____ Налоговый период (год): _____

Паспортные данные: Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

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

☐ мне

☐ моему супругу(е)

Ф.И.О: _____ Дата рождения _____

ИНН: _____ Налоговый период (год): _____

Паспортные данные: Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

☐ моим родителям

Ф.И.О: _____ Дата рождения _____

ИНН: _____ Налоговый период (год): _____

Паспортные данные: Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

Ф.И.О: _____ Дата рождения _____

ИНН: _____ Налоговый период (год): _____

Паспортные данные: Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

☐ моим детям

Ф.И.О: _____ Дата рождения _____

ИНН: _____ Налоговый период (год): _____

Паспортные данные**: Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

Ф.И.О: _____ Дата рождения _____

ИНН: _____ Налоговый период (год): _____

Паспортные данные**: Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

(отметить ☒)

☐ лично мне, при предъявлении паспорта

☐ направить
на электронную почту

электронная почта _____

ВНИМАНИЕ!

✓ Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия. Несете полную ответственность за сохранность персональных данных при отправлении на указанную электронную почту.

« _____ » _____ 20 ____ г. подпись _____ Ф.И.О. _____

Заявление принял*
« _____ » _____ 20 ____ г. подпись _____ Ф.И.О. _____

*-Заполняется учреждением

** - До 14 лет, данные свидетельства о рождении

Порядок подачи заявления:

- 1) направить на электронную почту: buhgkdc@bk.ru
- 2) заполнить в кассе учреждения по адресу: г.Тюмень, ул.Мельникайте, 117