***Получение вычета в ИФНС***

**Как получить справку для вычета в ООО "МЦ"Здоровье":**

            Нужно обратиться в регистратуру медицинского центра лично или написать на электронную почту.

Заполнить заявление с необходимыми данными и приложить документы. (Приложение №1: Форма заявления).

 В заявлении указать печатными буквами ФИО, ИНН, и номер телефона, **приложить копии чеков** за лечение и, если есть, договор. При изменении фамилии, просьба указывать ту, которая была на момент лечения. Если платили за члена семьи, при оформлении заявления укажите ФИО пациента и ФИО получателя справки. Готовые справки можно получить лично спустя 30 календарных дней.

  При получении документа обязательно проверьте все данные.

Электронная почта:  2446183ndfl@gmail.com

Телефон для справок 8 423 244 61 82 (добавочный - 4)

**Для получения вычета в ИФНС нужно :**

1.      Для вычета за лечение достаточно справки об оплате мед. услуг выданной по форме медицинского учреждения.

2.     В налоговом кодексе нет требований о представлении договоров и лицензий. Данные о лицензии налоговая может проверить сама по названию клиники: вся это информация имеется в реестрах. Чеки на мед. услуги налоговой не нужны, потому что без справки они не подойдут для вычета.

3.     Если налоговая инспекция отказала по причине отсутствия договора или лицензии, это незаконно — обжалуйте.

4.     Каждая клиника выдает свою справку. Получает тот, кто платил.

5.      Справки можно получать или несколько раз в год после каждой оплаты, либо один раз в год.

6.     Для вычета за лекарства нужен рецепт и чеки из аптеки. В этом случае справка об оплате медуслуг не выдается. В чеке должно быть указано, какой именно препарат отпущен, а в рецепте — кому он назначен. Без чека с названием оформить вычет за лекарства не получится.

**Кто может получить вычет за лечение**

Применить вычет и вернуть НДФЛ можно при совпадении таких условий:

1.      Вы платите НДФЛ по ставке 13%.

2.     Вы налоговый резидент РФ.

3.     Вы своими деньгами оплатили лечение для себя, супруга, детей до 18 лет или родителей.

4.     Мед. организация имеет лицензию.

5.      Медицинские услуги входят [в утвержденные перечни.](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_349790/)

6.     Лекарства назначил врач.

            Приложение№1                                                                                       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

                                                                                      (ФИО указывать полностью     с кем был заключен договор на

                                                                                                                         оказание мед. услуг, налогоплательщик)

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

                                                                                                                      (ИНН налогоплательщика)

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

                                                                                                                      Контактный телефон

                                                             Заявление

      Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг, оказанных пациенту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать ФИО пациента, получившего мед.услугу)

Приложение:

1.     Договор на оказание мед. услуг

2.     Чеки об оплате

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

(дата)                                           подпись                                                                           расшифровка