

ДОВЕРЕННОСТЬ
физического лица на оформление документов
для социального налогового вычета
в части расходов на оплату медицинских услуг и приобретение лекарств

г. Омск

«__» _____ 2026 г.
Дата совершения доверенности

Я,

(указать Ф.И.О.), _____ (указать дату рождения), _____ (указать место рождения), гражданство _____, паспорт серии _____ N _____, выдан _____ (указать орган выдачи) "___" _____ г., код подразделения ____ - ____, зарегистрирован по адресу: город _____, улица _____, дом _____, квартира _____,
Доверяю

(указать Ф.И.О.), _____ (указать дату рождения), _____ (указать место рождения), гражданство _____, паспорт серии _____ N _____, выдан _____ (указать орган выдачи) "___" _____ г., код подразделения ____ - ____, зарегистрирован по адресу: город _____, улица _____, дом _____, квартира _____;

быть моим представителем в Обществе с ограниченной ответственностью «Многопрофильный центр современной медицины «Евромед» (ОГРН 1145543033943) по вопросам, связанным с получением документов для предоставления в налоговый орган в целях получения социального налогового вычета по НДФЛ,

для чего предоставляю право от моего имени подавать заявления о выдаче документов, получать справки об оплате медицинских услуг, а также иные документы, необходимые для получения налогового социального вычета по НДФЛ, расписываться за меня и выполнять все действия и формальности, связанные с данным поручением.

Я даю свое согласие на то, что при выдаче документов, необходимых для получения социального налогового вычета по НДФЛ указанному доверенному лицу будут раскрыты сведения, составляющие врачебную тайну, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Никаких претензий к ООО «МЦСМ «Евромед» по поводу раскрытия вышеуказанных сведений я не имею.

Доверенность выдана сроком по _____ года без права передоверия.

Доверитель

фамилия, имя, отчество полностью, подпись
