**Главному бухгалтеру УрГАХУ Скорыниной С.В.**

От плательщика по договору об образовании на обучение по образовательной программе высшего образования

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Фамилия, имя, отчество

**Заявление**

**о выдаче справки об оплате образовательных услуг**

**для представления в налоговый орган по форме КНД 1151158**

Прошу выдать справку об оплате образовательных услуг для представления в налоговый орган по форме КНД 1151158

**за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год**,

форма обучения обучающегося(ейся): очная / очно-заочная.

*(нужное подчеркнуть)*

*!!!Таблица заполняется печатными буквами*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Данные физического лица, оплатившего образовательные услуги (плательщика)** | | |
| **Фамилия** | |  |
| **Имя** | |  |
| **Отчество** | |  |
| **ИНН** (указывается при наличии) | |  |
| **Дата рождения** | |  |
| **Документ, удостоверяющий личность** | | **Паспорт** |
| **Серия** | |  |
| **Номер** | |  |
| **Дата выдачи** | |  |
| **Контактный телефон** | |  |
| **Данные обучающегося, которому оказаны образовательные услуги**  *данные заполняются, если плательщик и обучающийся не являются одним лицом* | | |
| **Фамилия** |  | |
| **Имя** |  | |
| **Отчество** |  | |
| **ИНН** (указывается при наличии) |  | |
| **Дата рождения** |  | |
| **Документ, удостоверяющий личность** | **Паспорт / Свидетельство о рождении**  *(нужное подчеркнуть)* | |
| **Серия** |  | |
| **Номер** |  | |
| **Дата выдачи** |  | |

* Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что все персональные данные третьих лиц, указанные мною в данном заявлении, я предоставляю с их добровольного согласия.
* Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем заявлении, я подтверждаю.
* Справку прошу:

**□** выдать лично мне на руки

**□** выдать на руки обучающемуся(ейся) УрГАХУ группы \_\_\_\_\_\_\_ курса \_\_\_\_\_\_\_\_ направления подготовки /специальность \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ институт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Фамилия, имя, отчество

Контактный телефон обучающегося(ейся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** направить почтой по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_