



ИНН _____
 КПП _____ Стр. 0 0 1

Форма по КНД 1151156

**Справка
 об оплате медицинских услуг для представления
 в налоговый орган**

Номер справки _____ Номер корректировки _____ Отчетный год _____

Данные медицинской организации / индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность:

(наименование медицинской организации / фамилия, имя, отчество¹ индивидуального предпринимателя)

Данные физического лица (его супруга/супруги), оплатившего медицинские услуги (далее – налогоплательщик):

Фамилия _____
 Имя _____
 Отчество _____
 ИНН² _____ Дата рождения _____ . _____ . _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа _____ Серия и номер _____
 Дата выдачи _____ . _____ . _____

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом

0 - нет
 1 - да

Сумма расходов на оказанные медицинские услуги по коду услуги «1» _____ . _____

Сумма расходов на оказанные медицинские услуги по коду услуги «2» _____ . _____

**Достоверность и полноту сведений, указанных
 в настоящей справке, подтверждаю:**

Зона QR-кода

(фамилия, имя, отчество¹)

Подпись _____ Дата _____ . _____ . _____

Справка составлена на _____ страницах

¹ Отчество указывается при наличии (относится ко всем листам документа).
² ИНН указывается при наличии.



ИНН: _____

КПП: _____ Стр. 0 0 2

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги¹:

Фамилия	_____		
Имя	_____		
Отчество	_____		
ИНН ²	_____	Дата рождения	____.____.____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа	_____	Серия и номер	_____
Дата выдачи	____.____.____		

¹ Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.
² ИНН указывается при наличии.

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю:

(подпись)_____
(дата)