

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, отчество ¹ индивидуального предпринимателя)

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

Фамилия

Имя

Отчество

$$\text{ИНН}^2$$

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

$$\text{ИИИ}^2$$

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.

ИНН указывается при наличии.

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

(подпись)

(дата)