



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:**

(фамилия, имя, отчество¹)

Подпись

Дата

_____ . _____ . _____

Справка составлена на _____

_____ страницах

Зона QR-кода

**ОБВЕДЕНО КРАСНЫМ
 - заполняется данными пациента**

**ОБВЕДЕНО СИНИМ
 - заполняется сотрудником
 по данным из программы**

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