



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, отчество <sup>1</sup> 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, отчество<sup>1</sup>)

Подпись

Дата

Справка составлена на

страницах

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

ИНН указывается при наличии.



ИИИ

КПП

Стр. 002

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги<sup>1</sup>:

Фамилия

Имя

Отчество

$$\text{ИНН}^2$$

Дата рождения

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа

Серия и номер

Дата выдачи

<sup>1</sup> Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.

<sup>2</sup> Данные заполняются, если нал  
ИНН указывается при наличии.

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

(подпись)

(дата)