



2690 1015

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

Фамилия	Имя	Отчество	ИНН ²	Дата рождения

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа

Серия и номер

Дата выдачи

 0 - нет
 1 - да

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом

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

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