



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

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

Фамилия

Фамилия	Имя	Отчество	ИНН <sup>2</sup>	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:**

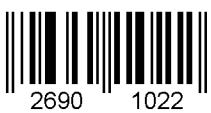
(фамилия, имя, отчество<sup>1</sup>)

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Справка составлена на \_\_\_\_\_ страницах

**Зона QR-кода**

<sup>1</sup> Отчество указывается при наличии (относится ко всем листам документа).  
<sup>2</sup> ИНН указывается при наличии.



2690

1022

ИНН

КПП

Стр. 0 0 2

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

Фамилия [REDACTED]  
Имя [REDACTED]  
Отчество [REDACTED]  
ИНН<sup>2</sup> [REDACTED] Дата рождения [REDACTED] • [REDACTED] • [REDACTED]

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа [REDACTED] Серия и номер [REDACTED]  
Дата выдачи [REDACTED] • [REDACTED] • [REDACTED]

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

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

(подпись)

(дата)