Приложение № 1  
УТВЕРЖДЕНО  
приказом Минздрава России  
и МНС России от 25 июля 2001 г. № 289/БГ-3-04/256

# К О Р Е Ш О К

**к справке об оплате медицинских услуг для представления**

|  |  |
| --- | --- |
| **в налоговые органы Российской Федерации №** | **31** |

Ф.И.О. налогоплательщика Акобджанова Ольга Вячеславовна

ИНН налогоплательщика

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. пациента | Акобджанова | , код услуги | 1 |

№ карты амбулаторного, стационарного больного 812525

Стоимость медицинских услуг 300,00

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата оплаты “ | 18 | ” | 02 | 20 | 19 | | Дата выдачи справки | | 20 | ” | 02 | | 20 | 19 | г. | |
| Подпись лица, выдавшего справку | | | | | |  | | . Подпись получателя | | | |  | | | |

Л и н и я о т р ы в а

Комитет здравоохранения Российской Федерации

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«Волгоградский областной клинический кожно-венерологический

диспансер»,400064, г.Волгоград, ул. им. Маршала Еременко, 70

наименование и адрес учреждения,

3442028495, лицензия № ЛО-34-01-003685 от 21.03.2018.

выдавшего справку, ИНН №, лицензия №,

бессрочно

дата выдачи лицензии, срок ее действия,

Комитетом здравоохранения Волгоградской области

кем выдана лицензия

# С П Р А В К А

**об оплате медицинских услуг для представления**

|  |  |
| --- | --- |
| **в налоговые органы Российской Федерации №** | **31** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| от “ | 20 | ” | февраля | 20 | 19 | г. |

Выдана налогоплательщику (Ф.И.О.) Акобджановой Ольге Вячеславовне

ИНН налогоплательщика

В том, что он (она) оплатил(а) медицинские услуги стоимостью Триста рублей,00 копеек

(сумма прописью)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | , код услуги | 1 |

оказанные: ему (ей), супруге(у), сыну (дочери), матери (отцу)

(нужное подчеркнуть) (Ф.И.О. полностью)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата оплаты “ | 18 | ” | 02 | 20 | 19 | г. ;. |

Фамилия, имя, отчество и должность лица, выдавшего справку Воронова Ирина Анатольевна

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № телефона ( | 8442 | ) | 35-83-33 | , |
|  | код |  |  |  |

печать (подпись лица, выдавшего справку)

**Бланк. Формат А5.**

**Срок хранения 3 года.**