



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

Отчество¹

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

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