2690 1015

ИНН

КПП Стр. 001

**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 [1] индивидуального предпринимателя)

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

Фамилия

Имя

Отчество

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:**

(фамилия, имя, отчество[1])

Подпись _____ Дата . .

Справка составлена на страницах

**Зона QR-кода**

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

2690 1022

ИНН

КПП

Стр. 002

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги[1]:

Фамилия

Имя

Отчество

ИНН[2]

Дата рождения . .

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа

Серия и номер

Дата выдачи . .

[1] Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.

[2] ИНН указывается при наличии.

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

_____ (подпись) _____ (дата)