



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 \_\_\_\_\_  
 Имя \_\_\_\_\_  
 Отчество \_\_\_\_\_  
 ИНН<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ 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:**

**Зона QR-кода**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество<sup>1</sup>)

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

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

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



ИНН: \_\_\_\_\_  
КПП: \_\_\_\_\_ Стр. 002

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

Фамилия: \_\_\_\_\_  
Имя: \_\_\_\_\_  
Отчество: \_\_\_\_\_  
ИНН<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа: \_\_\_\_\_ Серия и номер: \_\_\_\_\_  
Дата выдачи: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

<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)