**КОРЕШОК**

**к справке об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации N\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. налогоплательщика  |  |
| ИНН налогоплательщика  |  |
| Ф.И.О. пациента  |   | , код услуги. |
| N карты амбулаторного, стационарного больного  |  |
| Стоимость медицинских услуг  |   |
| Дата оплаты "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | Дата выдачи справки "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
| Подпись лица, выдавшего справку \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |   |
| Линия отрыва  |

|  |
| --- |
| Министерство здравоохранения Российской Федерации |
| наименование и адрес учреждения, |
| выдавшего справку, ИНН N, лицензия N, |
| дата выдачи лицензии, срок ее действия, |
| кем выдана лицензия  |

**СПРАВКА**

**об оплате медицинских услуг**

**для представления в налоговые органы**

**Российской Федерации N \_\_\_\_\_\_\_\_**

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |
| --- | --- |
| Выдана налогоплательщику (Ф.И.О.) |   |
| ИНН налогоплательщика  |   |
| В том, что он (она) оплатил(а) медицинские услуги стоимостью  |   |
|   | (сумма прописью) |
|   | , код услуги  |  |
| оказанные: ему (ей), супруге (у), сыну (дочери), матери (отцу) |   |
| (нужное подчеркнуть) | (Ф.И.О. полностью) |
| Дата оплаты "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
| Фамилия, имя, отчество и должность лица, выдавшего справку  |   |  |
| N телефона (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| код  |   |
| печать  | (подпись лица, выдавшего справку)  |

Бланк. Формат А5.

Срок хранения 3 года.