**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.