

**КОРЕШОК**  
**к справке об оплате медицинских услуг для представления**  
**в налоговые органы Российской Федерации № \_\_\_\_\_**

Ф.И.О. налогоплательщика \_\_\_\_\_

ИНН налогоплательщика \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_, код услуги \_\_\_\_\_

№ карты амбулаторного, стационарного больного \_\_\_\_\_

Стоимость медицинских услуг \_\_\_\_\_

Дата оплаты “ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Дата выдачи справки “ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись лица, выдавшего справку \_\_\_\_\_ . Подпись получателя \_\_\_\_\_

Л и н и я   о т р ы в а

Министерство здравоохранения Российской Федерации

\_\_\_\_\_

наименование и адрес учреждения,

\_\_\_\_\_

выдавшего справку, ИНН №, лицензия №,

\_\_\_\_\_

дата выдачи лицензии, срок ее действия,

\_\_\_\_\_

кем выдана лицензия

**СПРАВКА**  
**об оплате медицинских услуг для представления**  
**в налоговые органы Российской Федерации № \_\_\_\_\_**

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 \_\_\_\_\_

№ телефона ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_,  
код

печать

(подпись лица, выдавшего справку)