# 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

Краснодарского края

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

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/