Приложение N 1

Утверждено

Приказом

Минздрава России и МНС России

от 25 июля 2001 г. N 289/БГ-3-04/256

 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.