

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)