

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

Государственное бюджетное учреждение «Камчатский
краевой противотуберкулёзный диспансер»
683024, Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский
ул. Орджоникидзе 9
ИНН 4100013441,
лицензия № Л041-01025-41/00327669 от 05.08.2020
бессрочная
выдана Министерством здравоохранения
Камчатского края

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 _____ 01

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)