

Приложение № 1  
УТВЕРЖДЕНО  
приказом Минздрава России  
и МНС России от 25 июля 2001 г.  
№ 289/БГ-3-04/256

**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)

**Бланк. Формат А5.**  
**Срок хранения 3 года.**