



ИНН 3 5 2 5 4 4 9 6 4 1

КПП 3 5 2 5 0 1 0 0 1 Стр. 0 0 1

Приложение № 1  
к приказу ФНС России  
от «    »    » 2023 г.  
№    

Форма по КНД 1151156

**Справка  
об оплате медицинских услуг для представления  
в налоговый орган**

Номер справки 0 0 0

Номер корректировки

Отчетный год 2 0 2 3

Данные медицинской организации / индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность:

О Б Щ Е С Т В О С О Г Р А Н И Ч Е Н Н О Й

О Т В Е Т С Т В Е Н Н О С Т Ь Ю

" К Л И Н И К А " А В И Ц Е Н Н А "

(наименование медицинской организации / фамилия, имя, отчество<sup>1</sup> индивидуального предпринимателя)

Данные физического лица (его супруга/супруги), оплатившего медицинские услуги (далее – налогоплательщик):

Фамилия Ф А М И Л И Я

Имя И М Я

Отчество О Т Ч Е С Т В О

ИНН<sup>2</sup> 3 5 2 5 0 0 0 0 0 0 0 0

Дата рождения 0 0 . 0 0 . 0 0 0 0

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа 2 1

Серия и номер 1 9 1 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Дата выдачи 0 0 . 0 0 . 0 0 0 0

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом

1 0 - нет  
1 - да

Сумма расходов на оказанные медицинские услуги по коду услуги «1»

0 0 0 . 0 0

Сумма расходов на оказанные медицинские услуги по коду услуги «2»

0 0 0 . 0 0

**Достоверность и полноту сведений, указанных  
в настоящей справке, подтверждаю:****Зона QR-кода**

К У З Ъ М И Н С К А Я

Г А Л И Н А

Н И К О Л А Е В Н А

(фамилия, имя, отчество<sup>1</sup>)

Подпись \_\_\_\_\_ Дата 0 0 . 0 0 . 0 0 0 0

Справка составлена на \_\_\_\_\_ страницах

<sup>1</sup> Отчество указывается при наличии (относится ко всем листам документа).  
<sup>2</sup> ИНН указывается при наличии.



ИНН 3:5:2:5:4:4:9:6:4:1  
КПП 3:5:2:5:0:1:0:0:1 Стр. 0:0:2

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги<sup>1</sup>:

Фамилия Ф А М И Л И Я  
Имя И М Я  
Отчество О Т Ч Е С Т В О  
ИНН<sup>2</sup> 3 5 2 5 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 Дата рождения 0 0 . 0 0 . 0 0 0 0 0

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа 2 1 Серия и номер 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
Дата выдачи 0 0 . 0 0 . 0 0 0 0 0

<sup>1</sup> Данные заполняются, если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом.  
<sup>2</sup> ИНН указывается при наличии.

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю:  
\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ . 2 0 2 (дата)