**Приложение 1**

**Министерство здравоохранения  
Российской Федерации**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование и адрес учреждения\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдавшего справку.

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН №, лицензия №,

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

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.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(***Контрагент***)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН налогоплательщика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(***ИНН контрагента***)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В том, что он(она) оплатил(а) медицинские услуги стоимостью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(***Общаясумма***)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сумма прописью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оказанные ему(ей), супруге(у),сыну(дочери), матери(отцу) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

***Дата оплаты «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.***

***Дата оплаты «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.***

***Дата оплаты «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.***

***Дата оплаты «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.***

Ф.И.О., должность лица, выдавшего справку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ телефона 39-76-04 (подпись лица, выдавшего справку)

Срок хранения 3 года