



ИНН 6450052296
 КПП 645001001 Стр. 001

Форма по КНД 1151156

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

Номер справки _____ Номер корректировки 0 Отчетный год 2024

Данные медицинской организации / индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность:

ООО "ВиваДент"

(наименование медицинской организации / фамилия, имя, отчество¹ индивидуального предпринимателя)

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

Фамилия _____
 Имя _____
 Отчество _____
 ИНН² _____ Дата рождения ____ . ____ . ____

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа _____ Серия и номер _____
 Дата выдачи ____ . ____ . ____

Налогоплательщик и пациент являются одним лицом

0 - нет
 1 - да

Сумма расходов на оказанные медицинские услуги по коду услуги «1» _____ 0 . 00

Сумма расходов на оказанные медицинские услуги по коду услуги «2» _____ 0 . 00

**Достоверность и полноту сведений, указанных
 в настоящей справке, подтверждаю:**

(фамилия, имя, отчество¹)

Подпись _____ Дата 00 . 00 . 20

Справка составлена на _____ страницах

Зона QR-кода

¹ Отчество указывается при наличии (относится ко всем листам документа).
² ИНН указывается при наличии.