

**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 **01**

№ карты амбулаторного, стационарного больного

Стоимость медицинских услуг

Дата оплаты:

Дата выдачи справки:

Подпись лица, выдавшего справку

Подпись получателя

**Л и н и я   о т р ы в а**

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

**ООО «Реацентр Астрахань»**

**414028, г. Астрахань, ул. Адм.Нахимова, дом 70 Г, литер А**

наименование и адрес учреждения,

**ИНН № 3025002929 Лицензия № ЛО30-01 001004**

выдавшего справку, ИНН №, лицензия №,

**от 28 апреля 2014 г., срок действия бессрочно**

дата выдачи лицензии, срок ее действия,

**Министерство здравоохранения Астраханской области**

кем выдана лицензия

**С П Р А В К А**

**об оплате медицинских услуг для представления  
в налоговые органы Российской Федерации №**

от

Выдана налогоплательщику (Ф.И.О.)

ИНН налогоплательщика

В том, что медицинские услуги стоимостью

(сумма прописью)

, код услуги **01**

оказанные:

(Ф.И.О. полностью)

Дата оплаты

Фамилия, имя, отчество и должность лица, выдавшего справку: Ярош Михаил Николаевич-генеральный директор

№ телефона (8-8512) 242-777

(подпись лица, выдавшего справку)

Печать

Бланк. Формат А5.  
Срок хранения 3 года.