

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: Ефимов Дмитрий Геннадиевич —
генеральный директор

№ телефона (8-8512) 242-777

(подпись лица, выдавшего справку)

Печать