 РЕГИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР	ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
	МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «СИБИРСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

629800 Ямало-Ненецкий АО,  
г. Ноябрьск, ул. 60 лет СССР, д. 2  
Тел: +7 (3496) 422-422  
Тел. приемная: +7 (3496) 49-99-90  
E-mail: [sibirskoe.zdorowie@yandex.ru](mailto:sibirskoe.zdorowie@yandex.ru)  
Сайт: <https://sibirka.com>

Банк: Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве  
Кор./счет 30101810145250000411  
БИК 044525411  
Рас./сч 40702810000020017192  
ОКПО 79538777 ОГРН 1058900826005  
ИНН 8905036470 КПП 890501001

## ПРИКАЗ

«01» января 2025 г.

№ 9/1

*«Об утверждении Порядка выдачи справки  
об оплате медицинских услуг для предоставления  
в налоговые органы Российской Федерации согласно приказа ФНС Российской Федерации от  
08.11.2023 № ЕА-7-11/824@»*

В целях организации работы по выдаче справок об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 08.04.2020 N 458 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета», Приказом ФНС Российской Федерации от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@,

### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Порядок выдачи справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации ООО МЦ «Сибирское здоровье» (Приложение №1 к настоящему приказу).

1.2. Форму справки об оплате медицинских услуг за 2024 год и последующие года для представления в налоговые органы Российской Федерации (Приложение №2 к настоящему приказу).

1.3. Форму заявления на выдачу справки об оплате медицинских услуг (Приложение №3 к настоящему приказу).

1.4. Форму заявления на получение справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации по электронной почте (Приложение №4 к настоящему приказу).

2. Лицу, ответственному за работу с обращениями граждан в ООО МЦ «Сибирское здоровье» организовать работу по ознакомлению пациентов или их законных представителей с условиями предоставления справок в соответствии с настоящим приказом посредством размещения информации на информационном стенде медицинского центра.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Генеральный директор



А.Р. Галимулин

## **Порядок выдачи справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации ООО МЦ «Сибирское здоровье»**

### **1. Общие положения**

1.1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с требованиями Конституции Российской Федерации, ст. 219 Налогового кодекса Российской Федерации; Приказом ФНС Российской Федерации от 08.11.2023г. № ЕА-7-11/824@. Решением Верховного Суда РФ от 12 октября 2011 г. № ГКПИ11-1422, Постановления Правительства РФ от 08.04.2020 N 458 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета», и регулирует основания и условия справок об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации в ООО «МЦ «Сибирское здоровье».

1.2. Справка удостоверяет факт получения медицинской услуги и ее оплаты через кассу учреждения здравоохранения за счет средств налогоплательщика.

1.3. Справка выдается после оплаты медицинской услуги и при наличии документов, подтверждающих произведенные расходы, по требованию налогоплательщика, производившего оплату медицинских услуг, оказанных ему лично, его супруге (супругу), его родителям, его детям в возрасте до 18 лет.

1.4. Справка выдается единой после оплаты медицинских услуг и прохождения полного комплекса лечения в Учреждении за один налоговый период (календарный год).

1.5. Вычет за лечение можно осуществить за последние три года. Соответственно справки для налогового вычета за медицинские услуги можно будет получить за этот период.

1.6. Медицинские услуги, в отношении которых может быть предоставлен социальный вычет, поименованы в Перечне медицинских услуг в медучреждениях РФ (утв. Постановлением Правительства РФ от 08.04.2020 N 458) и в Перечне дорогостоящих видов лечения в медучреждениях РФ (утв. Постановлением Правительства РФ от 08.04.2020 N 458).

### **2. Условия предоставления Справки**

2.1. Для получения «справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ» по форме ЕА-7-11/824@ пациент (налогоплательщик) подает следующий комплект документов:

– заявление с на выдачу справки об оплате медицинских услуг (где необходимо заполнить графы: ФИО пациента, ФИО налогоплательщика, ИНН налогоплательщика, дату рождения пациента, дату рождения налогоплательщика, контактный номер телефона, почтовый адрес, e-mail, налоговый период, способ получения справки, дата заполнения заявления);

– медицинский центр для оформления справки об оплате медицинских услуг по форме № ЕА-7-11/824@ также вправе запросить следующие документы:

- копию ИНН;

- копии чеков;

- копию договора на медицинские услуги;

2.2. В случаях если налоговый вычет планируется получить за родственников (при оплате их лечения налогоплательщиком), то в таком случае заявителем предоставляется:

– свидетельство о браке (если налогоплательщик и пациент супруги);

– свидетельство о рождении ребенка (если налогоплательщик родитель, а пациент – ребенок до 18 лет);

2.3. Бланки заполненного заявления и копии вышеуказанных документов пациент (налогоплательщик) может отправить по электронному адресу медицинского центра: [sibirskoe.zdorowje@yandex.ru](mailto:sibirskoe.zdorowje@yandex.ru), предоставить лично или отправить почтовым отправлением по адресу: 629806 ЯНАО, г. Ноябрьск, ул. 60 лет СССР, дом 2.

### 3. Код медицинских услуг:

3.1. В зависимости от того, относится ли лечение к дорогостоящему или нет, в справке об оплате медицинских услуг для налоговых органов может быть проставлен код:

- Код услуги 1 (лечение недорогое, «обычное»);
- Код услуги 2 (лечение дорогостоящее. Перечень дорогостоящего лечения установлен в Перечне, утв. Постановлением Правительства РФ от 8 апреля 2020 г. № 458).

3.2. Определение соответствующего кода в справке находится в компетенции медицинского учреждения, оказавшего медицинские услуги (Письма УФНС России по г. Москве от 21.04.2010 № 20-14/4/042697, от 28.01.2010 № 20-14/4/008328).

3.3. Справка об оплате медицинских услуг оформляется на налогоплательщика (тот, кто оплатил лечение и будет получать вычет). Налогоплательщик и пациент (тот, кто получал медицинские услуги) могут различаться.

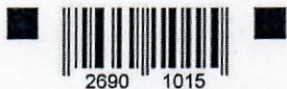
Фамилия, имя и отчество налогоплательщика и пациента указывается полностью. В случае если налогоплательщик и пациент являются одним лицом, в строке Ф.И.О. пациента ставится прочерк.

ИНН налогоплательщика и сведения о его родственных отношениях с пациентом указываются по сообщению налогоплательщика.

3.4. Срок изготовления справки составляет до 30 (тридцати) календарных дней с момента подачи перечня документов, в зависимости от загруженности ООО МЦ «Сибирское здоровье». В случае утери пациентом счета/кассового чека на оплату медицинской услуги ответственное лицо за выдачу Справки формирует справку на основании данных учета медицинской организации.

3.5. Получение справки возможно, при личном обращении в медицинскую организацию, самим налогоплательщиком, указанным в запросе, так и другим лицом – представителем налогоплательщика, обладающий соответствующими полномочиями в силу закона или на основании доверенности (Решение Верховного Суда РФ от 23 мая 2012 г. N АКПИ12-487).

Выдача готовой справки осуществляется в регистратуре медицинской организации. Для этого пациенту необходимо приехать в лечебную организацию по адресу: ул. 60 лет СССР, дом 2, в часы работы Медицинского Центра. При получении справки пациент проверяет правильность заполнения и подписывается в корешке. В случае отсутствия у налогоплательщика возможности забрать справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы лично (заехать в организацию), то ее получение осуществляется по почте России. Для этого при заполнении запроса заявителем указывается почтовый адрес и способ отправки. Лечебная организация отправит справку почтой России, если необходимо направить письмо заказное с уведомлением о вручении. За высылку почтового отправления взимается плата, оплачиваемая налогоплательщиком (Решение Верховного Суда РФ от 23 мая 2012 г. N АКПИ12-487). Также возможен вариант получения скана справки по электронной почте (в таком случае в заявлении обязательно указывается адрес электронной почты). Для отправки скана справки пациент обязан заполнить заявление на получение справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации по электронной почте.



ИНН \_\_\_\_\_  
КПП \_\_\_\_\_ Стр. 0:0:1

Форма по КНД 1151156

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

Номер справки \_\_\_\_\_ Номер корректировки \_\_\_\_\_ Отчетный год \_\_\_\_\_

Данные медицинской организации / индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность:

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

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

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

Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_  
ИНН<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ 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» \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Сумма расходов на оказанные медицинские услуги по коду услуги «2» \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

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

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

(фамилия, имя, отчество<sup>1</sup>)

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

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

Зона QR-кода

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



ИНН

КПП Стр. 0 0 2

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

Фамилия  
Имя  
Отчество  
ИНН<sup>2</sup> Дата рождения

Сведения о документе, удостоверяющем личность:

Код вида документа Серия и номер  
Дата выдачи

<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)

(дата)

Приложение № 3  
к Приказу ООО МЦ «Сибирское здоровье»  
№ 9/1 от «01» января 2025г.

**Заявление на получение справки об оплате медицинских услуг для представления  
в налоговые органы Российской Федерации**

ФИО налогоплательщика	
Дата рождения	
ИНН	
Номер телефона	
Налоговый период (год)	

**Справку об оплате мной медицинских услуг, оказанных следующим лицам (отметить нужное)**

<input type="radio"/> Мне	
<input type="radio"/> Моему супругу (е)	
ФИО, дата рождения	
<input type="radio"/> Моим родителям	
ФИО, дата рождения	
ФИО, дата рождения	
<input type="radio"/> Моим детям	
ФИО, дата рождения	
ФИО, дата рождения	

**Прошу выдать следующим образом (отметить нужное)**

<input type="radio"/> Лично мне	
<input type="radio"/> Направить почтовым отправлением	
ФИО получателя, индекс, регион, город, улица, дом, кв	
<input type="radio"/> Направить по электронной почте	
Адрес электронной почты	
<input type="radio"/> Я доверяю получить	
ФИО доверенного лица	

**ВНИМАНИЕ!**

*Подписывая настоящее заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные третьих лиц, указанные в данном заявлении вы предоставляете с их добровольного согласия.*

**К заявлению прилагаю (подчеркнуть):**

Копию ИНН  
Копии чеков - \_\_\_\_\_ шт.  
Копию договора на медицинские услуги - \_\_\_\_\_ шт.  
Копию паспорта

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Заявление принял администратор \_\_\_\_\_

**Заявление**  
**на получение справки об оплате медицинских услуг и иных сопутствующих документов (договор, акт оказанных услуг, чек об оплате) по электронной почте**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
\_\_\_\_\_ г.р., проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения)  
\_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(дата и название выдавшего органа)

с целью предоставления документов в налоговые органы Российской Федерации, подтверждающих оплату медицинских услуг, пройденных  
мною / моим ребенком / моим супругом/ моим родителем  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р.,  
(Ф.И.О. ребёнка/супруга/родителя – полностью, дата рождения)  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р.,  
(Ф.И.О. ребёнка/супруга/родителя – полностью, дата рождения)  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р.,  
(Ф.И.О. ребёнка/супруга/родителя – полностью, дата рождения)  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р.,  
(Ф.И.О. ребёнка/супруга/родителя – полностью, дата рождения)

в ООО МЦ «Сибирское здоровье», расположенный по адресу: г.Ноябрьск, ул. 60 лет СССР, д. 2, (далее – Оператор), включающими следующие персональные данные: фамилию; имя; отчество; дату рождения; реквизиты документа, удостоверяющего личность; идентификационный номер налогоплательщика (ИНН); адрес регистрации; номер мобильного телефона. Прошу Вас осуществлять отправку вышеизложенных результатов по электронной почте:

\_\_\_\_\_  
(адрес электронной почты)

Подписывая данное заявление, я даю согласие на передачу результатов медицинских обследований и осмотров по открытым каналам связи.

Я проинформирован(-а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом передачи данных, не защищается Оператором.

За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, утечку информации в ходе передачи персональных данных по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов Оператор ответственности не несет.

Условием прекращения передачи персональных данных по открытым каналам связи является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Заявления на передачу моих (моего ребенка/моего подопечного) персональных данных по открытым каналам связи.

Согласие, выраженное в настоящем Заявлении, вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

« \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) / (расшифровка подписи)