



Для информации

Краевое государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
**«Краевая клиническая
больница»**

656045 г. Барнаул
ул. Ляпидевского, 1
Телефон: 68-98-11
Факс: 68-98-10

№ _____
на № _____

**Правила
выдачи справки об оплате медицинских услуг для представления
в налоговый орган**

1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила выдачи справки об оплате медицинских услуг в КГБУЗ Краевая клиническая больница (далее - учреждение) для предоставления в налоговые органы (далее - правила) определяют порядок, условия и сроки предоставления информации о фактически полученных и оплаченных медицинских услугах в соответствии с пп. 3 п. 1 ст. 219 Налогового кодекса РФ.

1.2. Правила разработаны в соответствии со следующими нормативно-правовыми актами:

- Федеральный закон от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ (ред. от 27.12.2018 г.) «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»;
- Налоговый кодекс Российской Федерации;
- Постановление Правительства РФ от 8 апреля 2020 г. № 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»;

1.4. Для целей настоящих правил используются следующие основные понятия:

- «налогоплательщик/заявитель» - физическое лицо, - сам пациент, а также муж (жена), сын (дочь), отец (мать) пациента, получившие платные

медицинские услуги в учреждении и имеющие намерение получить справку об оплате медицинских услуг;

- «справка» - документ об оплате медицинских услуг в Учреждении для представления в налоговые органы по форме, утвержденной Приказом Минздрава РФ 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@

- «учреждение» - КГБУЗ Краевая клиническая больница.

2. Условия выдачи справки

2.1. Справка удостоверяет факт получения пациентом медицинской услуги и факт ее оплаты через кассу / на расчетный счет учреждения за счет средств пациента /налогоплательщика;

2.2. Справка заполняется на основании заявления (приложение №1) физического лица, оплатившего медицинскую услугу (далее налогоплательщик), оказанные ему лично, его супруге (супругу), его родителям, детям.

Справка не выдается, если медицинские услуги оплачивает налогоплательщик,

являющийся иным родственником пациента, кроме указанных в пп. 3 п. 1 ст. 219 Налогового кодекса РФ, а также не являющийся его родственником.

2.3. Справка заполняется и выдается бесплатно, отдельно по каждому физическому лицу, которому оказаны медицинские услуги и выдается единожды после оплаты медицинских услуг и прохождения полного комплекса лечения в учреждении за один налоговый период при наличии следующих документов:

- заявление о выдаче справки;
- договор(ы) и кассовый(е) чек(и) на оплату медицинских услуг;
- ИНН налогоплательщика.

2.4. Заявления на выдачу справок за лечение, оплаченное в текущем году, принимаются в следующем году, то есть по окончании года, в котором налогоплательщик осуществлял расходы на лечение.

2.5. Заявитель подает комплект документов (оригиналы или копии, скан-копии)

согласно п. 3 правил для получения справки на электронный адрес учреждения: platusl@alt-hospital.ru или предоставляет их лично в Отдел внебюджетной медицинской деятельности учреждения. В теме письма следует указать: «Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы».

2.6. Срок изготовления справки зависит от полноты предоставления документов,

перечисленных в п. 2.3. правил и составляет в соответствии со ст. 12 Федерального закона от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»:

- до 30 (тридцати) дней при предоставлении полного комплекта документов (п.1. ст.12 ФЗ № 59-ФЗ);

- до 60 (шестидесяти) дней при отсутствии у заявителя документов, необходимых

для выдачи справки (п.2 ст.12 ФЗ № 59-ФЗ), при утере заявителем документов, подтверждающих оплату медицинских услуг (кассовых чеков, договоров) справка может быть выдана (если удастся установить факты оплаты заявителем медицинских услуг).

2.7. При оформлении справки об оплате медицинских услуг копия лицензии учреждения на осуществление медицинской деятельности не выдается.

Лицензию учреждения можно посмотреть в едином реестре лицензий на сайте

Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по наименованию организации.

Регистрационный номер лицензии учреждения Л041-01151-22/00328653

Учреждение не производит восстановление (повторную выдачу) утраченных заявителем, а также выцветших чеков контрольно-кассовой техники.

Краевое государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
«Краевая клиническая больница»
656045 г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1
Отдел внебюджетной медицинской
деятельности

**Заявление
на выдачу справки для получения налогового вычета**

Прошу Вас предоставить мне справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в КГБУЗ Краевая клиническая больница

1. ФИО пациента

2. Дата рождения пациента _____ г.

3. Паспорт/свидетельство о рождении пациента

_____ г.

нужное подчеркнуть, серия номер дата выдачи

4. ИИН пациента _____

Степень родства пациенту (мать, отец, сын до 18 лет, дочь до 18 лет, супруг, супруга) нужное подчеркнуть

5. ФИО налогоплательщика (кто оплачивал медицинские услуги)

6. Дата рождения налогоплательщика _____

7. Паспорт налогоплательщика

_____ г.

серия _____ номер _____ дата _____ выдачи _____

8. ИИН налогоплательщика _____

9. За какой год запрашивается справка _____

10. Контактный телефон _____

Обращаем ваше внимание на то, что необходимо заполнить ВСЕ строки заявления.

Частично заполненные заявления к обработке не принимаются. Заполненное и подписанное заявление Вы можете передать в Отдел внебюджетной медицинской деятельности любым способом:

- Принести его бумажную версию;
- Отправить скан-копию или читаемое фото на email:

platusl@alt-hospital.ru

К заявлению прилагаются документы (копии, скан-образы), подтверждающие произведенные расходы (чеки контрольно-кассовой техники), и договоры на оказание платных медицинских услуг.

Подпись _____ Дата _____