

**Утверждено**  
Приказом № 28 от «14» 02.2024 г.  
генерального директора  
ООО «Центр Культуры Здоровья»

**Правила выдачи справки об оплате медицинских услуг для  
представления в налоговую инспекцию  
в ООО «Центр Культуры Здоровья»**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящие Правила выдачи справки об оплате медицинских услуг в ООО «Центр Культуры Здоровья» (далее - Клиника) для подачи 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 нормативными правовыми актами:

- Налоговый кодекс Российской Федерации;
- Федеральный закон от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ (ред. от 27.12.2018 г.) «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»;
- Закон Российской Федерации от 7 декабря 1992 года № 2300-1 (ред. от 04.08.2023 г.) "О защите прав потребителей";
- 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»;
- Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006»;
- Приказ Министерства здравоохранения РФ № 289, Министерства Российской Федерации по налогам и сборам №БГ-3-04/256 от 25.07.2001 года «О реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001 г. N 201 "Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, лекарственных средств, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета»

1.3. Действие настоящих правил распространяется на все структурные подразделения Клиники, участвующие прямо или косвенно в выдаче справки.

1.4. Для целей настоящих правил используются следующие основные понятия:

- «договор на оказание платных медицинских услуг» - документ, согласно которому Клиника обязуется оказывать пациенту на возмездной основе медицинскую помощь, а пациент обязуется оплатить эти услуги;

- «налогоплательщик/заявитель» - физическое лицо, - сам пациент, а также супруг (супруга), сын (дочь), отец (мать), опекун/попечитель подопечного пациента в возрасте до 18 лет, 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 № 289, МНС РФ № БГ-3-04/256 от 25.07.2001;

1.5. Настоящие правила доведены до сведения пациентов – размещены на сайте Клиники по адресу: <https://www.olimp5.ru>, а также на информационных стендах Клиники.

## **2. Условия выдачи справки**

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

2.2. Справка выдается по письменному заявлению налогоплательщика, оплатившего медицинские услуги, оказанные ему лично, его супруге (супругу), его родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность), подопечным в возрасте до 18 лет.

Справка не выдается, если медицинские услуги оплачивает налогоплательщик, являющийся иным родственником пациента, кроме указанных в п. 2.2 Настоящих правил, а также не являющийся его родственником, не являющимся опекуном или попечителем подопечного в возрасте до 18 лет.

2.3. Справка выдается единожды после оплаты медицинских услуг и прохождения полного комплекса лечения в учреждении при наличии следующих документов и сведений:

- заявление о выдаче справки на имя генерального директора;
- ИНН налогоплательщика;
- паспорт налогоплательщика (оригинал для сравнения данных)

- согласие на обработку персональных данных (в случае, если заявитель не является заказчиком или пациентом Клиники и не давал согласия на обработку персональных данных ранее).

В случае если налоговый вычет планируется получить за указанных в п. 2.2 настоящих Правил третьих лиц (супруг (супруга), родители, дети (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность), подопечные в возрасте до 18 лет) при оплате их лечения налогоплательщиком дополнительно необходимо представить документы, подтверждающие отношение (родство):

- копию свидетельства о браке (если налогоплательщик и пациент-супруги);
- копию свидетельства о рождении ребенка (если налогоплательщик родитель, а пациент – ребенок до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность);
- копию свидетельства о рождении налогоплательщика (если пациент – родитель);
- копию документа, подтверждающего опеку или попечительство.

2.4. Согласно п. 7 ст. 78 Налогового кодекса РФ вычет за медицинские услуги можно получить за последние три года и только за тот период, в котором заявитель уплачивал НДФЛ.

Справки за лечение, оплаченное ранее трех последних полных календарных лет, не выдаются.

2.5. Заявитель подает заявление для получения справки на электронный адрес Клиники: [info@olimp5.ru](mailto:info@olimp5.ru), письмом на почтовый адрес Клиники или предоставляет его лично в Клинику. При обращении посредством электронной почты в теме письма следует указать: «Заявление о выдаче справки об оплате медицинских услуг».

2.6. Срок изготовления справки составляет до 10 (десяти) рабочих дней. Клиника имеет право оформить справку в наиболее короткий срок, исходя из числа поданных заявлений и загруженности специалистов Клиники.

2.7. При оформлении справки об оплате медицинских услуг копия лицензии Клиники на осуществление медицинской деятельности не выдается, поскольку в соответствии с Федеральным законом от 27 декабря 2019 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части внедрения реестровой модели предоставления государственных услуг по лицензированию отдельных видов деятельности» предусмотрен отказ от предоставления лицензий в бумажном виде в пользу внесения записи о предоставлении лицензии в открытый и общедоступный реестр лицензий.

Лицензию Клиники можно посмотреть в едином реестре лицензий на сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по адресу

<https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses> по ИНН, ОГРН, наименованию организации.

Регистрационный номер лицензии Клиники Л041-01136-36/00383183.

2.8. Готовая справка выдается на руки налогоплательщику при предъявлении документа, удостоверяющего личность или, отправляется заказным письмом по его почтовому адресу в случае, если об этом будет указано в заявлении на выдачу справки.

Готовая справка по заявлению направляется по электронной почте в случае подачи заявления лично в Клинике или направления заявления по почте заказным письмом с указанием на такой способ отправки и адреса электронной почты. В случае, если заявление о выдаче справки направлено налогоплательщиком по электронной почте на электронную почту Клиники, готовая справка на электронную почту налогоплательщика не направляется, выдается на руки налогоплательщику при предъявлении документа, удостоверяющего личность или отправляется заказным письмом по его почтовому адресу в случае, если об этом будет указано в заявлении на выдачу справки.

Приложение № 1 Форма заявления о выдаче справки на имя генерального директора.

Приложение № 2 Форма согласия на обработку персональных данных.

(в случае, если заявитель не является заказчиком или пациентом Клиники и не давал согласия на обработку персональных данных ранее)

Приложение № 1 к  
Правилам выдачи справки об  
оплате медицинских услуг для  
представления в налоговую  
инспекцию в ООО «Центр  
Культуры Здоровья»

Форма заявления о выдаче справки на имя генерального директора

Генеральному директору  
ООО «Центр Культуры Здоровья»  
Иванову В.М.

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать справку об оплате медицинских услуг для предоставления в  
налоговые органы для получения социального налогового вычета

ФИО налогоплательщика

---

---

ИНН налогоплательщика

---

ФИО и дата рождения пациента, получившего услуги

---

Требуется ли восстановить договор? \_\_\_\_\_

За какой год нужна справка? \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Выдать справку доверенному лицу (справка выдается только в случае,  
когда доверенное лицо прописано в заявлении и при предъявлении доверенным  
лицом документов, удостоверяющих личность)

---

Направить справку на электронный адрес: \_\_\_\_\_ . (справка направляется по  
электронной почте в случае подачи заявления лично в Клинике или направления заявления по почте заказным  
письмом)

Дата

Подпись

Приложение № 2 к  
Правилам выдачи справки об  
оплате медицинских услуг для  
представления в налоговую  
инспекцию в ООО «Центр  
Культуры Здоровья»

Форма согласия на обработку персональных данных

**СОГЛАСИЕ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

пол м/ж: \_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_,

дата выдачи \_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_

зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес регистрации с указанием почтового индекса)

контактные телефоны \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
(укажите свой номер мобильного телефона и адрес электронной почты)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в связи с оказанием моей супруге (моему супругу), моим родителям, моим детям в возрасте до 18 лет (нужное подчеркнуть) (далее по тексту – «Потребитель») платных медицинских услуг, а так же для проведения рекламных и информационных рассылок **подтверждаю свое согласие** на обработку Обществом с ограниченной ответственностью "Центр Культуры Здоровья" (ИНН: 3666249042, ОГРН: 1203600024220, адрес местонахождения: 394006, г. Воронеж, улица Моисеева, дом 2/2 (далее – «Оператор») своих персональных данных, включая специальные категории, а именно:

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дата регистрации; семейное положение, состав семьи, e-mail, контактный номер телефона. **Перечень действий, совершаемых с персональными данными субъекта персональных данных:** любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых Оператором с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, в том числе передачу персональных данных по сети Интернет или в иной форме, осуществляемых сотрудниками подразделений Оператора, включая предоставление персональных данных третьим лицам, осуществляющим обработку персональных данных или в организации, с которыми у Оператора заключены договоры на обслуживание программного обеспечения как в момент подписания настоящего согласия, так и после его подписания, а также иным участникам информационного взаимодействия при наличии у Оператора соответствующих договоров или в силу требований законодательства, а также обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные на бумажных и электронных носителях, автоматизированным и неавтоматизированным способом, с использованием информационных систем и без таковых, и посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и

отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия договора, заключенного Потребителем с Оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я осведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных Потребителю до этого медицинских услуг.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

\_\_\_\_\_ г.

(Подпись)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Расшифровка подписи)

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим даю свое согласие на получение информации об услугах Оператора, о планируемых акциях и мероприятиях, проводимых Оператором в виде sms-сообщения, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанные мною номер телефона и адрес электронной почты. Также даю согласие на получение, по указанному мною адресу электронной почты, ответов на сделанные мною запросы.

Мобильный(е) телефон(ы)

в случае, если контактный телефон не указан, информирование поступать не будет

\_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Подпись) (Расшифровка подписи)

Адрес(а) электронной почты

в случае, если адрес электронной почты не указан, информирование поступать не будет

\_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Подпись) (Расшифровка подписи)

Я подтверждаю, что указанный мною номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне (используется мной). Мне разъяснено, что Оператор не может гарантировать и не гарантирует доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц, а также не отвечает за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

\_\_\_\_\_ г.

(Подпись)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Расшифровка подписи)