Приложение № 1
к Правилам выплаты выкупной
суммы при возникновении особых
жизненных ситуаций

(форма)

ИНН _____
КПП _____

С П Р А В К А

**об оказании платных медицинских услуг,
включенных в перечень видов дорогостоящего лечения для целей применения подпункта 1 пункта 6 статьи 36.41 Федерального закона "О негосударственных пенсионных фондах", утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации
от 29 ноября 2023 г. № 3392-р**

Номер справки _____ Дата выдачи справки _____

Данные медицинской организации (обособленного подразделения медицинской организации) или индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность: _____

_____

_____

_____

(наименование медицинской организации (обособленного подразделения медицинской организации) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность)

Данные пациента:
фамилия _____
имя _____
отчество (при наличии) _____
дата рождения _____
Сведения о документе, удостоверяющем личность:
вид документа _____ серия и номер _____
дата выдачи _____

СНИЛС пациента _____

Реквизиты договора на оказание медицинских услуг _____

_____

Вид дорогостоящего лечения _____

_____

Стоимость медицинских услуг _____

Расчетный счет медицинской организации (обособленного подразделения медицинской организации) или индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность

_____

Медицинские услуги оплачены пациентом _____ (да, нет)

Дата оплаты услуг пациентом _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, выдавшего справку _____

_____

Подпись лица, выдавшего справку _____

Место печати (при наличии)