Приложение N 1

к Правилам выплаты выкупной

суммы при возникновении особых

жизненных ситуаций , утвержденным

постановлением Правительства РФ

от 13 июля 2024 г. N 958

(форма)

|  |
| --- |
| ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| СПРАВКА об оказании платных медицинских услуг, включенных в [перечень](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=463448&dst=100007&field=134&date=19.06.2025) 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. N 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)  |