

ИНН¹ КПП² Стр. 001Приложение № 1
к приказу ФНС России
от « 29 » октября 2024 г.
№ ЕД-7-11/912@

Форма по КНД 1114723

Сообщение негосударственного пенсионного фонда или налогового агента о факте и сумме выплаты по поручению налогоплательщика денежных средств из денежных (выкупных) сумм и (или) денежных средств, учитываемых на его индивидуальном инвестиционном счете, указанных соответственно в пункте 2 статьи 213.1 и пункте 3.1 статьи 214.9 Налогового кодекса Российской Федерации, медицинским организациям, индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность, в счет оплаты дорогостоящего лечения

Номер сообщения Номер корректировки Представляется в налоговый орган (код)

Негосударственный пенсионный фонд (далее – Фонд)/налоговый агент

(наименование)

Номер контактного телефона

Сообщает о факте и сумме выплаты в счет оплаты дорогостоящего лечения:

сумма выплаченных денежных средств: Дата выплаты . . Сумма . Номер договора Дата заключения договора . .

Данные физического лица, в пользу которого выплачены денежные средства в счет оплаты дорогостоящего лечения (далее – налогоплательщик):

Фамилия Имя Отчество³ Дата рождения . . ИНН⁴ Сведения о документе, удостоверяющем личность: Код вида документа Серия и номер Дата выдачи . . Налогоплательщик и пациент являются одним лицом: 0 – нет
 1 – да

Медицинская организация/индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность

(наименование медицинской организации/фамилия, имя, отчество³ индивидуального предпринимателя)ИНН КПП

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем сообщении, подтверждаю:

 1 – руководитель Фонда/налогового агента
 2 – уполномоченный представитель Фонда/налогового агентаФамилия Имя Отчество³ Дата составления . .

Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя

¹ Идентификационный номер налогоплательщика (далее – ИНН).
² Код причины постановки на налоговый учет (далее – КПП).
³ Отчество указывается при наличии (относится ко всем листам документа).
⁴ ИНН физического лица указывается при наличии (относится ко всем листам документа).

ИНН

КПП Стр.

Данные физического лица, которому оказаны медицинские услуги (если налогоплательщик и пациент не являются одним лицом):

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения . . ИНН

Сведения о документе, удостоверяющем личность: Код вида документа

Серия и номер Дата выдачи . .