

ИНН 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - -

КПП 1 2 1 0 0 1 0 0 1 Стр. 0 0 1

Форма по КНД 1150022

СВЕДЕНИЯ

о доле доходов организации от осуществления образовательной
и (или) медицинской деятельности в общей сумме доходов,
о численности работников в штате организации и о численности
медицинского персонала, имеющего сертификат специалиста,
в штате организации

Представляется в налоговый орган (код) 7 7 0 1 Номер корректировки 0 - - Отчетный год 2 0 2 5

О Б Щ Е С Т В О С О Г Р А Н И Ч Е Н Н О Й О Т В Е Т С Т В Е Н Н О С Т Ь Ю

П О Л И К Л И Н И К А " Б У Д Ь З Д О Р О В " - - - - -

- - - - -

- - - - -

(наименование организации)

Номер контактного телефона + 7 8 1 2 1 2 3 4 5 6 7 - - - - -

Сведения составлены на 2 листах

Достоверность и полноту сведений,
указанных в настоящих сведениях,
подтверждаю:

1 - налогоплательщик,
1 2 - представитель налогоплательщика

П Е Т Р О В - - - - -

П О Р Ф И Р И Й - - - - -

П Е Т Р О В И Ч - - - - -

(фамилия, имя, отчество <*> полностью)

Заполняется работником налогового
органа
данные о представлении сведений

Данные сведения представлены (код) 1 1

Сведения представлены на 2 листах

Дата представления сведений 1 1 . 1 1 . 1 1 1 1

Зарегистрирован за N 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(наименование организации -
представителя налогоплательщика)

УВАЧАН

Подпись _____ Дата

2	1
---	---

 .

0	2
---	---

 .

2	0	2	6
---	---	---	---

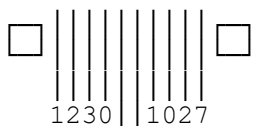
МП
Наименование документа,
подтверждающего полномочия представителя

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(Фамилия, И.О.)

(подпись)

<*> Указывается: 0 - первичные сведения; 1, 2 и т.д. - номер корректировки
для уточненных сведений.
<***> При наличии отчества.



ИНН 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - -

КПП 1 2 1 0 0 1 0 0 1 Стр. 0 0 2

Расчет доли доходов организации от осуществления образовательной и (или) медицинской деятельности в общей сумме доходов организации

Показатели 1 Код строки 2 Сумма (руб.) 3

Общая сумма доходов, учитываемых при определении налоговой базы по налогу на прибыль организации,

010

4 0 0 0 0 0 - - - - - - - - -

в том числе:

доходы от реализации при осуществлении образовательной и (или) медицинской деятельности <*>

011

2 1 0 0 0 0 - - - - - - - - -

внереализационные доходы, связанные с осуществлением образовательной и (или) медицинской деятельности <*>

012

9 7 0 0 0 - - - - - - - - -

Доля дохода от осуществления образовательной и (или) медицинской деятельности в общей сумме доходов (%) <*> (стр. 011 + стр. 012) : стр. 010 X 100%

013

7 6 -

Сведения о численности работников в штате организации на 1 число каждого месяца отчетного года

Код строки	Дата	Численность работников в штате организации	Численность медицинского персонала, имеющего сертификат специалиста, в штате организации <*>	
			количество	%
1	2	3	4	5
020	на 1 января	4 0 - - - - -	2 2 - - - - -	5 5
021	на 1 февраля	3 8 - - - - -	2 0 - - - - -	5 3
022	на 1 марта	3 5 - - - - -	1 9 - - - - -	5 4
023	на 1 апреля	3 5 - - - - -	1 9 - - - - -	5 4

024	на 1 мая	3 6 - - - - -	1 9 - - - - -	5 3
025	на 1 июня	3 7 - - - - -	2 0 - - - - -	5 4
026	на 1 июля	3 7 - - - - -	2 0 - - - - -	5 4
027	на 1 августа	3 8 - - - - -	2 0 - - - - -	5 3
028	на 1 сентября	3 6 - - - - -	1 9 - - - - -	5 3
029	на 1 октября	3 6 - - - - -	1 9 - - - - -	5 3
030	на 1 ноября	3 5 - - - - -	2 0 - - - - -	5 7
031	на 1 декабря	3 6 - - - - -	2 0 - - - - -	5 6
032	на 31 декабря	3 6 - - - - -	2 0 - - - - -	5 6

Подтверждаю, что непрерывно в течение налогового периода численность работников в штате организации составляла не менее 15 работников (численность медицинского персонала, имеющего сертификат специалиста, в общей численности работников непрерывно составляла не менее 50 процентов <*>)

 <*> Определяются в соответствии с подпунктом 2 пункта 3 статьи 284.1 Налогового кодекса Российской Федерации.
 <*> По организациям, осуществляющим медицинскую деятельность.

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю:
 ПЕТРОВ 21.02.2026

_____ (подпись) _____ (дата)