



МИНФИН РОССИИ
ФЕДЕРАЛЬНАЯ НАЛОГОВАЯ СЛУЖБА
(ФНС России)

« 21 » 11 _____ 2011 г.

ПРИКАЗ
Министерства финансов Российской Федерации

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Москва
Регистрационный № 22525

от "09" декабря 2011 г.

№ 4448-У-3/8922

Об утверждении формы Сведений 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

В соответствии с пунктом 6 статьи 284.1 Налогового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 32, ст. 3340; 2001, № 33, ст. 3413; 2011, № 1, ст. 7; № 24, ст. 3357) приказываю:

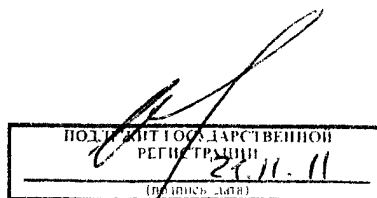
1. Утвердить форму Сведений о доле доходов организации от осуществления образовательной и (или) медицинской деятельности в общей сумме доходов, о численности работников в штате организации и о численности медицинского персонала, имеющего сертификат специалиста, в штате организации согласно приложению к настоящему приказу.

2. Управлениям Федеральной налоговой службы по субъектам Российской Федерации довести настоящий приказ до нижестоящих налоговых органов и обеспечить его применение.

3. Установить, что настоящий приказ применяется начиная с представления налоговой декларации по налогу на прибыль организаций за налоговый период 2011 года.

Руководитель Федеральной
налоговой службы

М.В.Мишустин





ИНН

КПП

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)

Номер корректировки*

Отчетный год

(наименование организации)

Номер контактного телефона

Сведения составлены на 2 листах

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

- 1 – налогоплательщик,
- 2 – представитель налогоплательщика

(фамилия, имя, отчество** полностью)

(наименование организации – представителя налогоплательщика)

Подпись _____ Дата . .

МП _____
Наименование документа,
подтверждающего полномочия представителя**Заполняется работником налогового органа
данные о представлении сведений**

Данные сведения представлены (код)

Сведения представлены на 2 листах

Дата представления
сведений . .Зарегистрирован
за №

(Фамилия, И. О.)

(подпись)



ИНН

КПП

Стр. 0 0 2

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

Показатели	Код строки	Сумма (руб.)
1	2	3
Общая сумма доходов, учитываемых при определении налоговой базы по налогу на прибыль организации,	010	
в том числе:		
доходы от реализации при осуществлении образовательной и (или) медицинской деятельности*	011	
внереализационные доходы, связанные с осуществлением образовательной и (или) медицинской деятельности*	012	
Доля дохода от осуществления образовательной и (или) медицинской деятельности в общей сумме доходов (%)* (стр.011+ стр.012): стр.010 X 100%	013	

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			
021	на 1 февраля			
022	на 1 марта			
023	на 1 апреля			
024	на 1 мая			
025	на 1 июня			
026	на 1 июля			
027	на 1 августа			
028	на 1 сентября			
029	на 1 октября			
030	на 1 ноября			
031	на 1 декабря			
032	на 31 декабря			

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:

_____ (подпись)

_____ (дата)