

Руководителю ООО «Название юридического лица» Фамилия И. О.

От _____

Паспорт: _____ № _____

Кем выдан _____

Когда выдан _____

Код подразделения _____

Моб. телефон _____

Заявление

Прошу вернуть мне денежные средства в размере: _____ рублей _____ копеек
(_____)

(сумма прописью)

уплаченные за _____

(ФИО)

в связи _____

(причина возврата)

Дополнительно сообщая следующее:

1. Оплата была произведена в медицинском центре:

_____.
(указать адрес мед. центра, способ оплаты: наличными / через сайт / пластиковой картой)

2. Чек № _____ от « ____ » _____ 20__ г. прилагаю.

3. Номер заявки _____.

4. Дата посещения медицинского центра « ____ » _____ 20__ года.

Денежные средства прошу перечислить по следующим банковским реквизитам:

Получатель (полностью ФИО) _____

Наименование банка Получателя _____

Расчётный счёт _____

БИК _____

Номер банковской карты _____

Подпись заявителя _____ « ____ » _____ 20__ г.

(подпись)

(дата подписи)

Принятое решение:

_____ (указать: возврат обоснован / не обоснован)

Должность	ФИО	Подпись	Дата подписи
Сотрудник департамента контроля качества			

Возврат подтверждаю:

Должность	ФИО	Подпись	Дата подписи
Директор по рознице / директор региона			