

Руководителю ООО _____
(название юридического лица)

(ФИО руководителя)

От _____

Паспорт: _____ № _____

Кем выдан _____

Когда выдан _____

Код подразделения _____

Моб. телефон _____

Заявление

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

в связи _____
(указать причину возврата)

Дополнительно сообщая следующее:

1. Оплата была произведена _____
(указать способ оплаты: наличными / через сайт / банковской картой)
2. Чек № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г. прилагаю.
3. Номер заявки _____.
4. Дата посещения медицинского центра « _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись заявителя _____ « _____ » _____ 20 ____ г.
(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			