

Директору Медицинского центра «XXI век»
А.А.Соколовой

от _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающего(ей) по адресу: _____

Телефон для связи _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
на возврат денежных средств

Прошу Вас произвести возврат денежных средств в размере _____
(_____) рублей,
(сумма прописью)

оплаченных мною « ____ » _____ 20 ____ года за медицинские услуги

(наименование услуги)

Пациенту _____,
(фамилия, имя, отчество Пациента полностью)

_____, обслуживающемуся Платно _____, по СК _____
(число, месяц, год рождения) (наименование СК)

в связи с _____

(описание причины)

Для возврата денежных средств на банковскую карту просим предоставить следующую информацию:

Наименование банка _____

ИНН _____, КПП _____, БИК _____,

номер корр.счета _____, номер расчетного счета _____,

ФИО получателя средств _____

« ____ » _____ 2020 г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

ИНП _____

(ФИО администратора)

(площадка)

АП выполнения услуги

Старший администратор _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

ФИО специалиста _____

Специализация _____

(заполняется Администратором амбулатории)

(ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ денежных средств)

« ____ » _____ 2020 г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)