

Главному врачу
ООО "Клиника Екатерининская"
К.В. Мумджяну

от _____

паспорт серия _____ № _____

выдан _____

зарегистрирован по адресу: _____

Тел. _____

Адрес электронной почты _____

Заявление о возврате денежных средств

Мною " ____ " _____ 20__ г. были оплачены денежные средства в сумме _____
(_____) руб. _____ коп.

за медицинские услуги _____
(наименование услуг)

Прошу произвести возврат денежных средств в размере _____
(_____) руб. _____ коп.

Кассовый чек _____
(прилагается / утерян)

Причина отказа от медицинских услуг _____

Претензий к качеству медицинских услуг, а также претензий морального характера не имею.

Денежные средства прошу вернуть:

_____ (наличными/ на банковскую карту, с которой производилась оплата (при личном посещении обособленного подразделения) / по банковским реквизитам (при смене карт или дистанционном возврате))

Банковские реквизиты:

Получатель (полностью ФИО) _____

Наименование банка _____

Расчетный счет _____

БИК Банка _____

Кор/счет _____

ИНН получателя _____

Я согласен(на) на получение от ООО «Клиника Екатерининская» юридически значимых сообщений и документов, направленных на адрес электронной почты, указанный в настоящем заявлении.

_____ (дата)

_____ (подпись пациента)

_____ (расшифровка подписи)

Регистратор

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Ответственный сотрудник

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)