

Директору
ООО «Клиника Екатерининская Сочи»
Чернышовой Г.С.

(ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ)

паспорт серия _____ № _____
выдан _____

зарегистрирован по адресу: _____

Тел. _____

Заявление

Мною «__» _____ 20__ г. были уплачены денежные средства за
медицинские услуги: _____

Причина отказа от медицинских услуг

В связи с вышеизложенными обстоятельствами, прошу Вас произвести возврат денежных
средств в размере _____ руб.

(_____ рублей)

(сумма прописью)

_____ копеек.

Кассовый чек прилагается (утерян)
(подчеркнуть)

Претензий имущественного и морального характера не имею.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Регистратор

(подпись)

(расшифровка подписи)

Ответственный сотрудник

(подпись)

(расшифровка подписи)