

Генеральному директору
ООО «Кволити Мед»
Сацу А.П.

от _____
ФИО полностью

паспорт: _____

выдан: _____

адрес: _____

телефон: _____

Заявление

Прошу вернуть мне деньги в сумме _____ руб. ____ коп.

(сумма прописью)

за медицинскую помощь _____

(наименование)

оплаченную « ____ » _____ 20__ г. по Договору оказания платной медицинской помощи в связи с тем, что

(причина требования возврата денег)

Кассовый чек прилагаю (номер
кассового чека № _____
от « ____ » _____ 20__ г.)

Кассовый чек утрачен

нужное подчеркнуть

Возврат указанной денежной суммы прошу произвести по следующим реквизитам:

К заявлению прилагаю:

_____ / _____ /

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20__ г.

email для отправки: info@qualitymed.ru