

Директору

ООО Хирургический центр «НМТ»

Колычевой Л. Н.

от _____

ФИО

паспорт: серия _____ № _____

Выдан _____

кем

« _____ » _____ г.
когда

проживающего по адресу : _____

зарегистрирован по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу вернуть денежные средства за медицинскую услугу/медицинские услуги в размере _____ руб. по следующим банковским реквизитам:

Получатель _____

ФИО

Банк получателя _____

БИК _____

Счет получателя _____

Причина возврата _____

Подпись _____

Расшифровка подписи _____

Дата « _____ » _____ г.

Директору ООО «Стиль Медика»

Тюркину И. А.

от _____
ФИО

паспорт: серия _____ № _____

Выдан _____
кем _____

« _____ » _____ г.
когда

проживающего по адресу : _____

зарегистрирован по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу вернуть денежные средства за медицинскую услугу/медицинские услуги в размере

_____ руб. по следующим банковским реквизитам:

Получатель _____
ФИО

Банк получателя _____

БИК _____

Счет получателя _____

Причина возврата _____

Подпись _____

Расшифровка подписи _____

Дата « _____ » _____ г.

Директору

ООО Лечебно-диагностический центр «НМТ»

Кораблину Л. Л.

от _____
ФИО

паспорт: серия _____ № _____

Выдан _____
кем

« _____ » _____ г.
когда

проживающего по адресу : _____

зарегистрирован по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу вернуть денежные средства за медицинскую услугу/медицинские услуги в размере _____ руб. по следующим банковским реквизитам:

Получатель _____
ФИО

Банк получателя _____

БИК _____

Счет получателя _____

Причина возврата _____

Подпись _____

Расшифровка подписи _____

Дата « _____ » _____ г.

Директору

ООО Компания «НМТ»

Тюркину И. А.

от _____
ФИО

паспорт: серия _____ № _____
Выдан _____
кем _____

« _____ » _____ г.
когда

проживающего по адресу : _____

зарегистрирован по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу вернуть денежные средства за медицинскую услугу/медицинские услуги в размере _____ руб. по следующим банковским реквизитам:

Получатель _____
ФИО

Банк получателя _____

БИК _____

Счет получателя _____

Причина возврата _____

Подпись _____

Расшифровка подписи _____

Дата « _____ » _____ г.