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.