

Приложение №4 к Правилам
оказания медицинских услуг в Центре
репродукции и генетики Nova Clinic (ООО «МедИнСервис»)

ПРОСЬБА ЗАПОЛНЯТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Генеральному директору
ООО «МЕДИНСЕРВИС» Данчееву К.В.

От _____

паспорт _____

выдан _____

зарегистрированного (ной) по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВОЗВРАТ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Прошу Вас вернуть денежные средства, оплаченные мной по договору на оказание медицинских услуг № _____ от _____ г., не использованные в процессе лечения, в размере _____

(_____) рублей 00 коп.

сумма прописью

в связи с _____

Денежные средства прошу перечислить на мой расчетный счет в банке по следующим реквизитам

ЗАПОЛНЯТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

1) ФИО получателя полностью: _____

ИНН физического лица при наличии (необязательно)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2) Номер карты получателя:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3) Расчетный счет карты получателя (ОБЯЗАТЕЛЬНО):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4) Наименование ИНН, БИК и КПП банка получателя, в котором открыта карта:

ИНН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

БИК

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

КПП

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Информирован(а) о том, что перечисления денежных средств будет произведено в течении 10 банковских дней, с даты написания заявления.

Дата _____

(_____)

Ответственность за достоверность данных несет заявитель