

*Приложение №5 к Правилам  
оказания медицинских услуг в Центре  
репродукции и генетики Nova Clinic (ООО «МедИнСервис»)*

**ПРОСЬБА ЗАПОЛНЯТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**

Генеральному директору  
ООО «МедИнСервис» Данчеву 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

в связи с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

**Ответственность за достоверность данных несет заявитель**