Приложение № 1 к Правилам возврата денежных средств физическим лицам
по договорам на предоставление платных медицинских услуг в ООО «Стоматологическая клиника «АЛМАЗ»

Директору ООО «Стоматологическая клиника «АЛМАЗ»
Толмачевой Н.С.
- от пациента, действующего от собственного имени,
_____
- от законного представителя пациента
(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
_____
- от представителя пациента, действующего по доверенности,
_____
проживающего по адресу: _____
_____
паспорт серия _____ № _____
дата выдачи «____» _____ _____г.
кем выдан _____
_____
телефон:_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести возврат денежных средств за медицинские услуги в сумме _____ рублей _____ копеек
по договору №____ от «___» _____ 20___г.
по следующим причинам:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Перечень прилагаемых документов:

1. Копия документа, удостоверяющего личность заявителя.
2. Договор на предоставление платных медицинских услуг № __ от «___» _____ 20__г.
3. Чек.
4. Копия документа, подтверждающего законное представительство
5. Доверенность на право получения денежных средств № ____ от «___» _____20___г.
6. Реквизиты банковской карты, в случае если услуги были оплачены банковской картой.

«___»_____20___г. _____
(подпись)

С правилами возврата денежных средств физическим лицам по договорам на предоставление платных медицинских услуг в ООО «Стоматологическая клиника «АЛМАЗ» ознакомлен.

«___»_____20___г. _____
(подпись)