



ЦЕНТР
МОЛЕКУЛЯРНОЙ
ДИАГНОСТИКИ

Главному врачу ООО «Клиника ЦМД»

Максимовой Е.Г.

От _____

Тел: _____

заявление

Прошу вернуть денежные средства в размере _____

_____ ,

сумма прописью

оплаченные мною банковской картой посредством сети Интернет за услугу:

номер заказа _____ (обязательно для заполнения).

Дата платежа «__» _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения пациента: _____

Причина возврата: _____

«__» _____ 20__ г.

подпись

расшифровка

***Обращаем Ваше внимание, все поля обязательны для заполнения.**

Перечень прилагаемых документов:

1. Кассовый чек (приходит по электронной почте после оплаты услуг).