Главному врачу ООО «Клиника ЦМД»

Козловой М.И.

От

Тел:

заявление

Прошу вернуть денежные средства в размере

 ,

сумма прописью

оплаченные мною банковской картой посредством сети Интернет за услугу:

**номер счета**

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