



ЦЕНТР  
МОЛЕКУЛЯРНОЙ  
ДИАГНОСТИКИ

Главному врачу ООО «Клиника ЦМД»

Козловой М.И.

От \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел: \_\_\_\_\_

### заявление

Прошу вернуть денежные средства в размере \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

сумма прописью

на банковскую карту, с которой был произведен платеж посредством сети Интернет за услугу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

номер заказа \_\_\_\_\_ (обязательно для заполнения).

Дата платежа « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ф.И.О. пациента (полностью): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата рождения пациента: \_\_\_\_\_

Причина возврата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

расшифровка

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

#### Перечень прилагаемых документов:

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