

Директору ООО «МедАктив»  
А.Л. Вакула

от \_\_\_\_\_  
Ф.И.О полностью

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт серия: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан: когда \_\_\_\_\_

кем \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу вернуть мне денежные средства в сумме \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ коп.

\_\_\_\_\_ (сумма прописью)

За медицинские услуги \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование услуги)

оплаченные « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

в связи с тем, что \_\_\_\_\_

(причина требования возврата денежных средств)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

кассовый чек прилагаю

кассовый чек утерян

К заявлению

прилагаю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Данная сумма получена (прописью написать сумму и дату в день получения денег)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Подпись/расшифровка подписи

Заявление принял администратор

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Подпись/расшифровка подписи