

«Произвести возврат в сумме»

Генеральному директору
ООО «ЭКО центр»
Яковенко С.А.

_____ руб.

(Фамилия, имя, отчество пациента)

_____ (В.П. Апрышко)

Паспортные данные: серия _____ номер _____
выдан «___» _____ 20__ г.

(кем)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
НА ВОЗВРАТ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ ЗА НЕОКАЗАННЫЕ УСЛУГИ**

Я,

(фамилия, имя, отчество)

прошу произвести возврат денежных средств за не оказанные услуги по Договору № _____ **ОМС**
от «___» _____ 20__ г. в размере _____ руб. (_____) рублей.

(цифрами)

(прописью)

Оплата была произведена (нужное отметить знаком «X»):

- Наличными, чек № _____ от «___» _____ 201__ г., чеки прилагаются.
- Платежной картой, чек № _____ от «___» _____ 201__ г., чеки прилагаются
- Банковским переводом, пл/пор. (квит.) № _____ от «___» _____ 201__ г..

Указанную сумму Прошу (нужное отметить знаком «X»):

- Выдать наличными из кассы организации;
- Проинформирован о необходимости иметь при себе паспорт и чек оплаты для предъявления в кассу в день обращения за возвратом денежных средств наличными**

(Подпись)

(Расшифровка подписи)

(Дата)

- Вернуть на платежную карту через терминал клиники;
- Вернуть на платежную карту через процессинговый центр банка;
- Оплатить банковским переводом по следующим реквизитам:

Получатель: _____

ИНН Получателя: _____

Наименование Банка: _____

БИК Банка: _____ Корр/Счет Банка _____

Расч/Счет № _____

(Подпись)

(Расшифровка подписи)

(Дата)

ОБОСНОВАНИЕ ДЛЯ ВОЗВРАТА (заполняется сотрудником клиники)

Наименование услуги: _____

Причина отказа: _____

Комментарии: _____

Врач/процедурная медсестра _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Эмбриолог _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Главный врач _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

«Принято в работу» «___» _____ 20__ г. _____ (_____)
Дата Подпись Расшифровка подписи