

Главному врачу ГАУЗ СО «ОНБ»  
А.В. Поддубному

от \_\_\_\_\_  
(ф.и.о. полностью)

проживающий(ая) по адресу:

паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

дата выдачи \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

эл.почта \_\_\_\_\_

### Заявление

Я, \_\_\_\_\_, произвел(а) оплату  
медицинской услуги:

Наименование услуги	Договор (счет, номер заказа) №	Сумма (руб.)
Итого		

В связи с \_\_\_\_\_

(отменой необходимости получения услуги/ досрочный выезд по семейным обстоятельствам, состоянию здоровья, другим причинам)

прошу произвести возврат денежных средств в сумме \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_ коп.

(сумма прописью)

К заявлению прилагаю (отметить нужное , дополнить при необходимости):

1. Чек ККТ
2. Платежный документ на перевод денежных средств
3. Договор
4. Реквизиты банковского счета
5. Копия паспорта

В связи с утерей чека ККТ оплату подтверждаю следующим:

(дубликат чека / свидетельские показания – ФИО, паспортные данные, адрес и подпись свидетеля / другое)

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_