Приложение №1
К приказу №33 от 09.01.2025

И.о. главного врача ФГБУ ДС «Белокуриха»
им. В.В. Петраковой Минздрава России
Юровой Елене Геннадьевне
От_____

_____

_____
(ФИО законного представителя)

Заявление

Прошу произвести возврат излишне оплаченных денежных средств за «Программу психологического сопровождения и творческого развития детей и подростков «Лидер», за «Курс репетиторских занятий в малой группе» и/или оплату платных медицинских/немедицинских услуг в связи с отказом от услуги

за _____
(*Ф.И.О.ребенка)*.

Для перечисления возврата(*обязательно заполнить*):

ИНН заявителя_____

Лицевой счет заявителя _____

БИК банка_____

«__»_____20__г _____ _____
дата отъезда Подпись Расшифровка

Информация для расчёта по договору №_____ от _____20__г.

Сдано: Программа «Лидер»_____руб., Курс_____руб.,

Платные медицинские услуги_____руб.

Иные немедицинские услуги _____руб.

Основание для перерасчёта: заявление законного представителя_____

К возврату: за Программу «Лидер» _____ дней(я), за Курс _____дней(я),
Платные медицинские услуги _____руб.
Иные немедицинские услуги _____руб.

Кассир «___»_____20__г _____ _____
Подпись Расшифровка

Согласовано: Главный бухгалтер _____ Л.Н. Тырышкина