

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: Зам. главного бухгалтера _____ В.А. Честнова