

Главному врачу Центра пластической
хирургии и косметологии «RIVER»
ООО МЦ «РИВЕР» О.П. Ефремовой
от _____

ФИО

являющегося _____
потребителем/законным представителем/заказчиком

проживающий(ая) по адресу _____

паспорт серия _____ № _____

выдан _____

Заявление на возврат денежных средств по договору
оказания платных медицинских услуг

Я _____ являющийся

_____ прошу вернуть денежные средства в
потребителем/законным представителем/заказчиком

размере _____ (_____) руб. 00 коп.

сумма прописью

уплаченные по договору оказания платных медицинских услуг № _____ от _____.

Причина возврата денежных средств _____.

Возвращаемые денежные средства прошу перечислить по прилагаемым к заявлению реквизитам.

Приложения:

- договор на оказание платных медицинских услуг;
- кассовый чек;
- чек электронного терминала;
- номер банковской карты, с использованием которой была произведена оплата;
- реквизиты счета для безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Заказчика;
- документ удостоверяющий личность;
- нотариальная доверенность (в случае обращения за возвратом денежных средств представителя потребителя / заказчика дополнительно к указанным документам предоставляется доверенность на право получения возврата денежных средств).

Дата _____

Подпись _____