



Общество с ограниченной ответственностью «Мира»
620144, Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Московская, д. 249, оф. М 2.5
ИНН 6674211760 ОГРН 1076674002943 КПП 667101001
Телефон: +7 (343) 224-20-56, 286-20-56
Электронная почта: info@mira-med.ru Сайт: www.mira.med.ru

Генеральному директору
Костаревой Ирине Григорьевне

От гражданина, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента (его законного представителя/представителя по доверенности),
желающего получить медицинские документы (нужное подчеркнуть))

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: паспорт _____

Адрес места жительства (места пребывания) _____

Номер контактного телефона _____

Реквизиты документа на законного представителя/представителя по доверенности: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о возврате денежных средств**

Прошу осуществить возврат денежных средств, оплаченных за медицинские услуги

(наименование медицинской услуги)

в сумме _____

(сумма прописью)

по причине: _____

Способ получения денежных средств: _____
(наличный расчёт, номер банковской карты, расчётный счёт)

К заявлению прилагаю следующие документы:

- кассовый чек;
- акт об оказании услуг;
- копия паспорта заявителя (первая страница, регистрация);
- копия документов, подтверждающих законное представительство или доверенности на возврат денежных средств (при возврате денежных средств через представителя).

«__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя, фамилия и инициалы)

Заявление зарегистрировано* «__» _____ 20__ г.

(подпись администратора, фамилия и инициалы)

Денежные средства получены, претензий к ООО «Мира» не имею

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента (его законного представителя/представителя по доверенности) подпись)

«__» _____ 20__ г.

*Возврат денежных средств производится в течение 10 (десяти) календарных дней с даты регистрации заявления. Срок регистрации – не более 1 (одного) дня с момента поступления заявления в медицинский центр.