

Главному врачу  
ГБУЗ СК «Кочубеевская РБ»  
А.А. Скорнякову  
от

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

место жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

когда \_\_\_\_\_ г.

ЗАЯВЛЕНИЕ  
О ВОЗВРАТЕ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

прошу вернуть мне денежные средства в сумме (прописью) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

уплаченные за (указать основания оплаты) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

в связи с (указать причину отказа) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Приложение: копия паспорта, договор об оплате медицинских услуг, квитанция, талоны на прохождение медицинского осмотра, амбулаторная карта при наличии

\_\_\_\_\_ 2018 г.

подпись