

Главному врачу
ГБУЗ РК «Симферопольского
клинического родильного дома
№2»

от плательщика _____

(фамилия, имя, отчество)

(место регистрации)

(контактный № телефона)

серия _____ № _____

паспорт (серия, номер)

« _____ » _____ 20 _____

(когда выдан)

(кем выдан)

З а я в л е н и е

Прошу Вас вернуть денежные средства за неоказание платной услуги «Выявление антигена SARS-CoV-2 иммунохроматографическим методом» в сумме 1 337,00 руб. (одна тысяча триста тридцать семь рублей) по договору № _____ от « _____ » _____ 2021г.

№ банковской карты на которую прошу перевести денежные средства _____.

(название банка)

- Приложение: 1. копия договора
2. квитанция об уплате

« _____ » _____ 2021г.

(подпись)