Директору ООО «Томограф-Ас»

С.Н. Ващенко

|  |  |
| --- | --- |
| От: |  |
|  | (Фамилия, Имя, Отчество) |
| Адрес: |  |
|  |  |
| Телефон: |  |
|  |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу Вас произвести возврат денежных средств в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, уплаченных мною

 (сумма прописью в рублях РФ)

за оказанную и / или не оказанную в полном объеме услугу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( нужное подчеркнуть) (наименование услуги)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата оказание услуги «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

**Оплата производилась:** Наличным способом 🞎

 Безналичным способом 🞎

 Онлайн через сайт 🞎, номера заказа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Основание возврата:**

🞎 Гарантийное письмо ДМС

/страховая компания/дата письма\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование, дата )

🞎 Отказ от услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 Распоряжение руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**К заявлению прилагается:**

🞎 Чек, копия чека или электронный чек

🞎 Направление от врача

🞎 Распоряжение руководителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год

 (подпись) (расшифровка подписи)

Указанную выше сумму получил.

Претензий к ООО «Томограф-Ас» не имею.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год

 (подпись) (расшифровка подписи)