Приложение № 18

к приказу 602 от «28» декабря 2023г.

Главному врачу БУЗ УР «Глазовская МБ МЗУР»

Ремнякову В.В. от

(ФИО)

зарег. по адресу



Паспорт серия \_\_\_\_\_№

Выдан:

Телефон:

ЗАЯВЛЕНИЕ

О ВОЗВРАТЕ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Я,

(ФИО)

прошу возвратить мне денежные средства в сумме (прописью)

за неоказание платных медицинских/немедицинских услуг (нужное подчеркнуть) пациенту(-ке)

Наименование услуги

в связи с тем, что предоплата по договору № \_\_\_\_\_\_ от

была оплачена путем *(нужное отметить):*

* внесения в кассу наличных денежных средств

* перечисления безналичных денежных средств

в размере руб.

по чеку № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

по чеку № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

по чеку № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

вместе с тем сумма лечения/диагностики/ немедицинских услуг (нужное подчеркнуть) составила руб.

Причина возврата денежных средств

Подпись Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Подпись зав. отделением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Сумму в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб., подлежащую возврату за не оказанные услуги подтверждаю: начальник отдела внебюджетной деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*\*Согласно статье 22 Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-I «О защите прав потребителей» срок возврата денежных средств пациенту - десять дней со дня приема Заявления.*