

Приложение № 5
к приказу главного врача
КГБУЗ «КМКБ № 20 им
И.С.Берзона
от _____ № _____

Главному врачу
КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона»
В.А.Фокину

от _____
Ф.И.О Пациента, полностью
проживающего (ей) по адресу:

тел. _____
действующего в лице Представителя

Ф.И.О Представителя полностью

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу вернуть излишне уплаченную сумму в размере _____
(_____) руб. _____ коп. за оказание платных немедицинских
услуг.

Основание: Соглашение о расторжении Договора на оказание платных немедицинских
услуг № _____ от «_____» _____ 20 _____ г.

Подпись Пациента/Представителя
(Фамилия инициалы)

«_____» _____ 201 _____