г. Санкт-Петербург, ул. Жукова, д. 3 лит А
www.aristomed.ru; medcenter@aristomed.ru
+7(812)443-86-59

Руководителю ООО «МЦ Аристомед»
ОГРН 1207800005203, ИНН 7804664068
195221, Россия, г. Санкт-Петербург,
ул Жукова, д. 3 лит А, пом. 38-Н

от _____
(Ф.И.О.)

Паспорт серия _____ № _____
выдан _____
_____
Адрес: _____
Телефон: _____
Адрес электронной почты: _____

Заявление о возврате денежных средств

Между мной и ООО «МЦ Аристомед» заключен договор на оказание платных услуг. На основании Договора я оплатил (-а) получение следующих услуг:

_____
_____
(указать)
Оплата произведена «___» _____ 20____ г. в размере_____
_____
(сумма цифрами и прописью)

Прошу произвести возврат денежных средств в связи с _____
_____
(указать причину, например, в связи с моим отказом от получения услуги)

Возврат денежных средств прошу произвести (выбрать из следующего): наличными денежными средствами (производится, если оплата услуги была произведена наличным платежом)
банковским переводом по следующим реквизитам:
ФИО получателя:
_____
Лицевой счет получателя:
_____
Наименование банка:
_____
БИК банка:
_____
Корр. счет банка:
_____
ИНН банка:
_____
на банковскую карту (производится на банковскую карту, с использованием которой была произведена оплата услуг). _____ /_____/
Подпись Ф.И.О. заявителя «___» _____ 20 ____г.