

Главному врачу
ГАОУЗ «Муслюмовская ЦРБ»
Д.Т. Сулейманову
423970, РТ, Муслюмовский район,
с. Муслюмово, ул. Гагарина, д. 9/21

от Ф.И.О. потребителя: _____
Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____
Адрес регистрации: _____
Телефон: _____
E-mail (при наличии): _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о возврате денежных средств

«___» _____ 2026 года мной в кассу ГАОУЗ «Муслюмовская ЦРБ» по
договору № _____ была произведена оплата медицинской услуги: _____

_____ в сумме _____ рублей,
что подтверждается кассовым чеком № _____ от «___» _____ 2026 г.
Настоящим прошу осуществить возврат уплаченных денежных средств в размере
_____ рублей

в связи с тем, что (выберите нужную причину):

- ☐ Медицинская услуга не была оказана по независящим от меня причинам.
☐ Я добровольно отказываюсь от получения услуги до начала ее оказания. ☐
Другая причина: _____.

Возврат денежных средств прошу произвести (выберите способ):

- ☐ Наличными денежными средствами через кассу учреждения.
☐ Безналичным перечислением на банковскую карту по следующим реквизитам:
ФИО владельца счета: _____

Номер счета (20 знаков): _____

Наименование банка: _____

БИК: _____ ИНН банка: _____

«___» _____ 2026 г. _____ / _____ /

(подпись)

(расшифровка)