Приложение № 7

УТВЕРЖДЕНО приказом
ФГБУ «НМИЦ гематологии»
Минздрава России
от 31.08. 2026 г. № 545

Кому _____

от _____
(ФИО полностью в родительном падеже)

_____

зарегистрированного(ой) по адресу: _____

_____

паспорт серия № _____

выдан: _____

телефон: _____

Заявление на возврат денежных средств

Прошу Вас произвести возврат денежных средств наличными/на банковскую карту/на счет в размере _____руб. 00 коп., оплаченных мной /
оплаченных мной за потребителя _____
путем наличного расчета в кассе ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России / путем безналичного расчета в кассе ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России / путем безналичного перечисления на расчетный счет ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России по договору на предоставление платных медицинских услуг в амбулаторных условиях №_____ от _____20__, обращение № _____, счет № _____от_____20_ , сумма оплаты по счету_____ , за следующие услуги:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество	Цена, руб.	Стоимость, руб.
Итого:					

Возврат в связи с тем, что перечисленные выше медицинские услуги не оказаны.

Реквизиты для возврата денежных средств на счет:

Валюта получаемого перевода: Российский рубль (RUB)

Получатель:	
Номер счёта:	
Банк получателя:	
БИК:	
Корр. счёт:	
ИНН:	
КПП:	

_____/_____/
(подпись) ФИО

«____»_____ 202__г.

ПОДТВЕРЖДАЮ обоснованность возврата:

_____ _____/_____/
должность (подпись) ФИО