

**Додаток №1 до
Договору про медичне
обслуговування №__ від
____.____.202__р.**

Директорові
Державної наукової установи
“Науково-практичний
центр
профілактичної та клінічної
медицини”
Державного управління
справами
Дячуку Д.Д.

прізвище І.Б.(ініціали)

Заява

Прошу повернути мені кошти, які були сплачені
_____ (дата, № квитанції) за кодом
послуги/договором _____ на банківську картку в
сумі _____ грн. _____ коп. (_____),
без врахування комісії банку), у зв'язку з

Копія квитанції додається.

Паспорт серія _____ номер _____

ПІН _____

Моб.телефон _____

№картки _____

Реквізити банку:

МФО банку _____

ЄДРПОУ _____

Р/р банку _____

дата

підпис