

Директору ТОВ «СІ ЕС ДІ ЛАБ»
Головко В.М.

(ПІБ ПАЦІЄНТА повністю)

Паспорт серії _____ № _____

Виданий _____

Контактний телефон +380 _____

ЗАЯВА

Прошу повернути сплачені мною кошти за медичні послуги, які були оплачені, але не надані по номеру дослідження

В сумі _____ (_____) грн. _____ коп.

На вказані реквізити:

ПІБ Отримувача (власника банківської карти) _____

Ідентифікаційний код Отримувача (власника банківської карти) _____

Назва банку _____

Номер банківської карти (тільки Приват-Банк) _____

IBAN (для інших банків) UA _____

Я відмовляюся додавати копії паспорта та ІПН до заяви

*Для швидкого оброблення цієї заяви важливо правильно вказати всі реквізити.

На виконання вимог Закону України "Про захист персональних даних", Покупець своїм підписом дає свою згоду Продавцю, його уповноваженим представникам та працівникам на обробку персональних даних (прізвище, ім'я, по батькові; відомості про документ, що посвідчує особу), платіжних даних Покупця на умовах, викладених у Політиці обробки персональних даних, з метою здійснення розрахунків при поверненні коштів та дотримання вимог бухгалтерського, податкового та іншого законодавства.

_____/_____/_____
Дата

Підпис пацієнта

Заповнює Адміністратор/Регістратор

Номер замовлення

ПІБ співробітника _____

Причина повернення коштів

- Відмова від проведення дослідження
- Заміна послуги
- Неякісний матеріал/ Недостатня кількість матеріалу
- Немає необхідності у дослідженні ІГХ
- Інше (вказати) _____

Підпис співробітника