

Директору
Товариства з обмеженою відповідальністю
«Шейла груп»
Єрьоменко М.О.
б-р Вацлава Гавела, 40А
м. Київ

**Заява-акт
про повернення онлайн-оплати**

Прошу повернути мені _____
(ПІП пацієнта/платника)

Паспорт серія _____ № _____ виданий _____

Кошти за ненадані медичні послуги (змінене замовлення) пацієнту:

Сплачено _____ № платіжного доручення _____
(дата)
_____ в сумі _____

(цифрами й прописом)

Реквізити отримувача:
ПІН _____ поточний рахунок _____

Номер картки _____

МФО банку: _____ назва банку: _____

« _____ » _____ 20 _____ р. _____ (підпис) _____ (ПІБ)