

Приложение № 5
к приказу главного врача
КГБУЗ «КМКБ № 20 им
И.С.Берзона
от 03.04.2024 № 425

Главному врачу КГБУЗ «КМКБ № 20
им. И.С.Берзона В.А.Фокину

от _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающего (ей) по адресу: _____

телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу вернуть излишне уплаченную сумму в размере _____
(_____) руб. _____ коп. за оказание платных немедицинских услуг.

Основание: Соглашение о расторжении Договора на оказание платных немедицинских
услуг № _____ от « _____ » _____ 202 _____ г.

Подпись Пациента/Представителя _____

_____ (Фамилия инициалы)

« _____ » _____ 202 _____ г.