

Директору медицинской службы
АО «Медицина»

От _____

№ карты _____

№ телефона _____

E-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу вернуть денежные средства за неоказанную медицинскую услугу

(отделение, название услуги)

в размере _____

«____» _____ 20 ____ г.

(подпись пациента)