

к Положению о порядке возврата денежных средств за отказ от санаторно-курортных услуг (курсового лечения) и платных услуг в АО Санаторий «Карагай»

Директору АО Санаторий «Карагай»

А.Р. Бадретдинову

от _____
(Ф.И.О. полностью)

ИНН _____

Контактные телефоны _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ на возврат
денежных средств за неиспользованные платные медицинские услуги**

Я, _____,

прошу возвратить денежные средства, оплаченные мною за _____
(указать наименование услуги)

в связи с _____
(указать причину)

Возвращаемые денежные средства прошу: (подчеркнуть необходимый вариант)

выдать из кассы Санатория (при оплате наличными) / перечислить по следующим банковским реквизитам:

Получатель _____
(Ф.И.О. полностью лица, заключившего и оплатившего договор)

Лицевой счет получателя _____

Банк получателя _____
(полное наименование Банка)

БИК _____ кор/счет _____

Документы, обязательные к представлению Клиентом:

- ☐ Справка (заключение) от врача;
- ☐ Оригинал документа, подтверждающий оплату платных услуг (кассовый чек, квитанция об оплате);
- ☐ Договор на оказание платных услуг;
- ☐ Акт приемки выполненных работ (оказанных услуг);
- ☐ Копия банковских реквизитов (в случае перечисления безналичным способом);
- ☐ Копия паспорта (2-я страницы).

Денежные средства за не оказанные услуги возвращаются **в течение 10 (десяти) календарных дней с момента предоставления полного комплекта документов** в соответствии с п. 3.1. настоящего Положения согласно ст. 31 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей".

Денежные средства, перечисленные в безналичном порядке, возвращаются на расчетный счет (банковскую карту), с которого была произведена оплата услуг. Время между операцией возврата и реальным зачислением денег на счет Заказчика зависит от внутренних банковских процедур.

С условиями возврата денежных средств ознакомлен(а), претензий к АО Санаторий «Карагай» не имею.

Дата _____ 20__ г. _____ / _____
Подпись Заказчика Ф.И.О

Далее заполняется сотрудником АО Санаторий «Карагай»

Стоимость услуги _____

К удержанию за фактически оказанные услуги _____
(указать сумму удержания)

К возврату: _____
(указать сумму)

ВРАЧ Санатория: _____ / _____ / _____ «__» _____ 20__ г.
Должность Подпись Ф.И.О

Документы приняты: _____ / _____ / _____ «__» _____ 20__ г.
Должность Подпись Ф.И.О

Начальник отдела продаж: _____ / _____ «__» _____ 20__ г.
Подпись Ф.И.О

Главный бухгалтер / _____ / _____ «__» _____ 20__ г.
Должность Подпись Ф.И.О