РЖД-ЗДОРОВЬЕ
СЕТЬ САНАТОРИЕВ

Директору филиала АО «РЖД-Здоровье»

_____

_____

от _____

проживающей (его) по адресу _____

_____

Паспортные данные _____ № _____

Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
Ф.И.О. (полностью)

Прошу аннулировать бронирование № _____

на сумму _____ руб.
(сумма прописью)

Оплата произведена __ __ . __ __ . __ __ года Способ оплаты: ◯ наличными ◯ картой ◯ перечислением
(нужное отметить)

Причитающуюся к возврату сумму _____ руб.
(сумма прописью)

Вернуть: ◯ наличными ◯ на карту ◯ перечислением
(нужное отметить)

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ:

Получатель _____
Ф.И.О. (полностью)

ИНН получателя _____

Лицевой счет № _____

В банке _____ г. _____
(наименование банка) *(местонахождение банка)*

БИК _____

Кор/счет _____

Подпись _____ (_____) Дата __ __ . __ __ . __ __
(Ф.И.О.)

ЗАПОЛНЯЕТСЯ СПЕЦИАЛИСТОМ ФИЛИАЛА АО «РЖД-ЗДОРОВЬЕ»

Аннулировано бронирование № _____ на сумму _____ руб.

✓ К возврату / доплата _____ руб.

Менеджер _____ (_____) Дата __ __ . __ __ . __ __
(Ф.И.О.)