Главному врачу Федерального бюджетного

учреждения здравоохранения «Центр гигиены

и эпидемиологии в Ярославской области»

Малицкому Борису Александровичу

от Фамилия Имя Отчество

дата рождения

паспортные данные

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу вернуть денежные средства в размере (сумма прописью), уплаченные за услугу «Дистанционное гигиеническое обучение и аттестация знаний» в связи (указать причину возврата).

Возврат денежных средств прошу осуществить по следующим реквизитам:

Банк: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/счет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

к/счет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК: \_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись (расшифровка подписи)

Дата составления заявления