



**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 \_\_\_\_\_

(наименование банка)

Г. \_\_\_\_\_

(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.)