

Генеральному директору  
ЗАО «Центральная поликлиника Литфонда»  
Сезину А.В.

От ФИО \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Тел. \_\_\_\_\_

### Заявление

#### о возврате денежных средств через онлайн-кассу.

Прошу вернуть денежные средства в размере

\_\_\_\_\_

(Цифры/Прописью)

\_\_\_\_\_

в связи \_\_\_\_\_

(причина возврата)

\_\_\_\_\_

(кредитная карта)

\_\_\_\_\_

Возврат по кредитной карте прошу осуществить следующим способом (в нужном варианте поставить галочку):

1) На банковскую карту, с которой произведён платёж, в моём присутствии  
(срок зачисления на карту до 3-х рабочих дней);

2) Путём отмены операции без моего личного присутствия  
(срок возврата до 30 рабочих дней, при этом ЗАО «Центральная поликлиника Литфонда»  
осуществляет отмену операции в срок не позднее 5-ти рабочих дней. Далее срок возврата  
денежных средств зависит от банка-эмитента).

Я ознакомлен с порядком возврата денежных средств в ЗАО «Центральная поликлиника  
Литфонда».

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

\_\_\_\_\_ (Подпись)