

.....
imię nazwisko wnioskującego

.....

.....

adres

Klinika Wident
ul. Szubińska 93-95
85-312 Bydgoszcz

WNIOSEK O ZWROT KWOTY

Niniejszym zwracam się z prośbą o zwrot kartą/gotówką/przelewem wpłaconej kwoty/ części kwoty w wysokości.....zł, z powodu nieodbytego zabiegu/ zmiany zakresu zabiegu dla pacjenta..... w dniu..... przez.....

Zwrotu należy dokonać na rachunek bankowy:

.....

.....

data, podpis wnioskującego

.....

1. Zgoda Dyrekcji Kliniki Wident