

Директору ФГБУ «НМИЦ онкологии им.  
Н.Н. Петрова» Минздрава России  
А.М. Беляеву

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

\_\_\_\_\_  
(паспортные данные плательщика)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации)

\_\_\_\_\_  
(номер телефона)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о возврате денежных средств

***Прошу вернуть денежные средства в размере***

\_\_\_\_\_  
(сумма цифрами)

***по причине (нужное подчеркнуть):***

- 1. Исследование не потребовалось;*
- 2. Диск с исследованием не информативен;*
- 3. Прием врача не осуществлялся;*
- 4. Изменение источника финансирования.*

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Согласовано

Руководитель ИСС Малкова А.Н.