Łódź, dnia…….

……
(imię i nazwisko pacjenta)

……
(numer telefonu)

Zwrot przedpłaty za wizytę

Proszę o dokonanie zwrotu kwoty: ……. za rezerwację wizyty w dniu

…… u specjalisty ……, która została wpłacona przez

Panią/Pana …… w formie przelewu bankowego

Wpłata powinna być dokonana na konto o numerze:

którego właścicielem jest …….

…….

(czytelny podpis pacjenta)