

**ЗАЯВЛЕНИЕ.**

**Прошу сделать перерасчет Абонементов, в связи с болезнью моего ребенка**

---

(ФИО ребенка)

в период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

**Медицинскую справку и чек об оплате прилагаю.**

**Сведения об Абонементах:**

**Вид абонемента:** \_\_\_\_\_

**Дата начала абонемента:** \_\_\_\_\_

**Возврат прошу осуществить на ниже перечисленные реквизиты:**

1. **Наименование банка** \_\_\_\_\_

2. **Расчетный счет** \_\_\_\_\_

3. **БИК** \_\_\_\_\_

4. **Кор. Счет** \_\_\_\_\_

5. **ИНН заказчика** \_\_\_\_\_

**ФИО Заказчика ( полностью)** \_\_\_\_\_

**Подпись:** \_\_\_\_\_