

فرم استرداد وجه خدمات آزمایشگاهی

به: مرکز خدمات آزمایشگاهی

اینجانب

شماره درخواست / شماره فاکتور

شماره کارت به نام (دارنده کارت)

(جهت مبالغ بیشتر از ۲ میلیون تومان) شماره شبا به نام

به دلایل زیر درخواست استرداد وجه پرداختی را دارم.

دلایل درخواست استرداد

۱.

۲.

امضاء مشتری و تاریخ

تاییدیه آزمایشگاه مربوطه

☐ مخالفت می شود

☐ موافقت می شود

با استرداد وجه فوق

دلایل (در صورت مخالفت)

.....
.....

نام، نام خانوادگی و امضاء مسئول آزمایشگاه تاریخ

پذیرش

☐ فاکتور با شماره درخواست ابطال شده است.

☐ فاکتور با شماره درخواست صادر شده است.

☐ فاکتور جدیدی صادر نشده است.

☐ استرداد مبلغ ریال مورد تایید است.

نام و نام خانوادگی متصدی پذیرش امضاء

مهر مرکز خدمات آزمایشگاهی

تاییدیه واحد مالی

مبلغ ریال از تراکنش واریزی به شماره که

به حساب بانک ملی ایران بابت خدمات آزمایشگاهی واریز گردیده بود، در تاریخ طی تراکنش مالی به

شماره به حساب متقاضی واریز شد.

نام، نام خانوادگی و امضاء مسئول مالی

CLDCFR94070R02