

Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų
teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo, patvirtinto
VŠĮ Klaipėdos universiteto ligoninės
generalinio direktoriaus
2024-01-30 įsakymu Nr. 2-102
8 priedas

(paciento vardas, pavardė)

(gyvenamoji vieta, telefono numeris)

(elektroninio pašto adresas)

Viešosios įstaigos Klaipėdos universiteto ligoninės
Generaliniam direktoriui

PACIENTO PRAŠYMAS APIE PINIGŲ GRAŽINIMĄ

20____ - ____ - ____ Nr.

Klaipėda

Prašau gražinti pinigus už nesuteiktą paslaugą/-as ar permoką už suteiktą paslaugą/-as (tinkamą pabraukti)

(paslaugos pavadinimas)

Prašoma gražinti suma _____ Eur.
(suma skaičiais)

Pinigų gražinimo būdas (reikalingą pažymėti):

- Grynaisiais pinigais
 Pervesti į mano sąskaitą LT _____

PRIDEDAMA (reikalingą pažymėti):

- Kasos kvito (už sumokėtą paslaugą/-as) Nr. _____ data _____
 Kita _____

Pacientas _____
(parašas) (vardas, pavardė)

Darbuotojas, dirbantis su kasos aparatu, ar kitas asmuo, galintis patvirtinti paslaugos nesuteikimo/permokos faktą:

(parašas) (vardas, pavardė)

SUDERINTA:

Padalinio vadovas/skyriaus vedėjas _____
(parašas) (vardas, pavardė)

Filialo direktorius _____
(parašas) (vardas, pavardė)