

no

Vārds, uzvārds: _____

personas kods: _____

IESNIEGUMS

Lūdzu atgriezt man pārmaksāto summu EUR _____ apmērā par sniegtajiem
zobārstniecības pakalpojumiem, veicot pārskaitījumu uz manu norēķina kontu:

Bankas nosaukums: _____

Norēķina konts: _____

Datums: _____

Paraksts: _____