

Директору ГБУК города Москвы
«Культурный центр Ивановский»
Берёзкиной Е.А.

от _____
(ФИО заказчика/ совершеннолетнего потребителя)

Заявление

Прошу сделать перерасчет платы за (название месяца) _____ 20__ года
по причине болезни (ФИО ребенка) _____,
занимающегося в (название студии) _____
с _____ по _____ (период болезни).
Количество пропущенных занятий в (месяц) _____ составляет (количество) _____.

Дата _____

Подпись _____ / _____

Конт. телефон _____

Сотрудник, принявший заявление _____