Директору Бюджетного учреждения культуры

Орловской области «Орловский краеведческий музей»

Д.А. Моисееву

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВОЗВРАТ БИЛЕТОВ**

Я, ,

*укажите полностью Фамилию Имя Отчество заявителя*

Документ, удостоверяющий личность ,

*вид (паспорт, водительское удостоверение и т.п.), номер, дата выдачи*

прошу осуществить возврат денежных средств за оплаченные и неиспользованные билеты

в количестве \_\_\_\_\_\_ штук (и) на общую сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей *(сумма заказа прописью)* в соответствии с приведенными ниже данными:

|  |  |
| --- | --- |
| Дата покупки |  |
| Номер заказа |  |
| Наименование услуги |  |
| Дата посещения |  |
| Причина возврата |  |
| Способ уведомления о возврате  (нужное отметить и заполнить) | 󠅎 по телефону: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  󠅎 по электронной почте: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  󠅎 почтовым отправлением на адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Реквизиты карты:**  Получатель |  |
| Номер счета |  |
| Банк получателя |  |
| БИК |  |
| Корр. счет |  |
| ИНН |  |
| КПП |  |
| Последние 4 цифры № банковской карты, с которой был произведен платеж |  |

Если возврат осуществляется в связи с документально подтвержденными обстоятельствами, связанными с болезнью посетителя или лица, являющегося членом его семьи либо смертью лица, являвшегося членом его семьи или его близким родственником в соответствии с Семейным кодексом Российской Федерации:

Прилагаю документы, подтверждающие причину возврата

документы, подтверждающие степень родства

**Подавая заявление, подтверждаю, что я ознакомился (-ась) с** Правилами возврата.

Адрес электронной почты для отправки уведомления о результатах рассмотрения заявления

Контактный телефон

ФИО Заявителя

Подпись

Дата