

Iesniegums par naudas atgriešanu

Klienta/pacienta vārds, uzvārds: _____

Personas kods: _____

Adrese: _____

E-pasta adrese:
vēlos saņemt atbildi uz norādīto e-pastu. _____

Tālrunis: _____

Informācija par transakciju:

Maksājuma datums: _____

Maksājuma dokumenta numurs: _____

Summa (EUR): _____

Bankas konts, uz kuru jāveic atmaksa: _____

Konta īpašnieks: _____

Iesnieguma iesniedzējs cita persona:
(norādīt pārstāvniecības pamatu) _____**Naudas atgriešanas iemesls** *(atzīmēt vajadzīgo)*

- pakalpojums apmaksāts divas vai vairāk reizes;
- pakalpojums nav saņemts vai saņemts daļēji *(skaidrot iemeslu sadaļā ,cits);*
- sniegts pakalpojums, par kuru pienākas atlaide vai par kuru nav jāmaksā *(pamatojumu norādīt sadaļā - cits);*
- nauda kontā ar bankas pārskaitījumu ieskaitīta kļūdaini;
- cits *(lūgums sniegt iespējami precīzu situācijas aprakstu un informāciju par nepieciešamo pakalpojumu):*

Iesniedzēja paraksts, paraksta atšifrējums _____

Iesnieguma datums _____