

Произвести: перерасчет
в/б-т платные услуги

Директору Спортивной школы № 6 города Костромы
Л. Е.Ерёминой

Директор Л.Е.Еремина

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Телефон _____

З А Я В Л Е Н И Е (детский бассейн)

Прошу Вас произвести перерасчет за _____ месяц, в связи с болезнью моего
ребенка _____,

(фамилия имя отчество полностью)

группа № _____, тренер _____
(фамилия И.О.)

справка № _____, дата «__» _____ 20__ года прилагается.

Перерасчет с «__» _____ 20__ по «__» _____ 20__ года

Реквизиты банка прилагаются

«__» _____ 20__ года

_____ (_____) (подпись) (расшифровка подписи)