

Произвести: перерасчет
в/б-т платные услуги

Директор_____ А.А. Фёдоров

Директору Спортивная школа олимпийского
резерва № 6 города Костромы А.А. Фёдорову

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ (детский бассейн)
на перерасчет по болезни

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)

Произвести: перерасчет
в/б-т платные услуги

Директор_____ А.А. Фёдоров

Директору Спортивная школа олимпийского
резерва № 6 города Костромы А.А. Фёдорову

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Телефон _____