

ПОРЯДОК

возврата наличных и безналичных денежных средств,
электронных денег (осуществление расчетов в соответствии с банковским
законодательством посредством QR-кодов и (или) мобильных приложений)
пациентам, получающим медицинскую услугу
в учреждении здравоохранения
«Брестский областной диспансер спортивной медицины»

При появлении противопоказаний к проведению процедуры либо невозможности диспансером осуществить услугу физическое лицо (Пациент), получающее платную медицинскую услугу в диспансере, для возврата оплаченных ранее денежных средств, следует нижеприведенному порядку:

1. Пациент обращается в кассу или бухгалтерию диспансера за бланком заявления для возврата оплаченных ранее денежных средств установленной формы, заполняет его и оставляет для рассмотрения в установленные законодательством сроки.

2. Срок рассмотрения – 15 календарных дней со дня подачи заявления.

3. Руководитель структурного подразделения (в случае его отсутствия – лицо, его замещающее), проставляет в заявлении отметку об объеме оказанных Пациенту медицинских услуг в подведомственном подразделении согласно произведенной оплате.

4. В кассе или бухгалтерии производится расчет суммы, подлежащей возврату Пациенту.

5. При оплате Пациентом за медицинские услуги наличными денежными средствами возврат денежных средств производится в кассе диспансера; при оплате безналичными или электронными денежными средствами – на платежную карту, данные которой указаны в заявлении.

Приложение 2
к Приказу
от 02.04.2021 №41

Главному врачу
УЗ «Брестский областной
диспансер спортивной медицины»
Евдолюку С.В.

(Фамилия, И.О.)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести мне, _____

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

возврат ранее оплаченных по чеку № _____ от _____

(номер)

(дата)

денежных средств на сумму _____ за медицинские услуги:

(указать цифрами)

(перечислить)

по причине _____

(указать)

Кассовый чек прилагается.

(дата)

(подпись)

Подтверждаю.

Оплаченные по данному чеку медицинские услуги оказаны в
объеме _____

(указать количество)

(должность руководителя структурного подразделения)

(подпись)

(Фамилия И.О.)

(дата)

Приложение 3
к Приказу
от 02.04.2021 №41

Главному врачу
УЗ «Брестский областной
диспансер спортивной медицины»
Евдолюку С.В.

(Фамилия, И.О.)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести мне, _____

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

возврат ранее оплаченных через систему «Расчет» (ЕРИП) или посредством
платежной банковской карты

№ заказа (чека) _____ от _____ денежных средств
(номер) (дата оплаты)

на сумму _____ за медицинские услуги:
(указать цифрами)

(перечислить)

по причине _____
(указать)

Документ, подтверждающий оплату прилагается.

Возврат денежных средств произвести на карту банка

(наименование банка)

Данные банковской карты: № расчетного счета с формате IBAN (28 символов)
:

БИК банка _____

**О взимании банком комиссии (размер устанавливается банком) за
зачисление денежных средств на мой расчетный счет информирован.**

(дата)

(подпись)

Подтверждаю.

Оплаченные по данному чеку медицинские услуги оказаны в
объеме _____

(указать количество)

(должность руководителя структурного подразделения)

(подпись)

(Фамилия И.О.)

(дата)