

Директору ГБУДО г. Москва
«ДШИ г. Московский»
Смирновой О.М.

от _____
(ФИО полностью)

Адрес: _____

Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести перерасчёт оплаты за обучение
платной образовательной услуги по программе

(название услуги, отделение, специальность, класс)

моему сыну / моей дочери (нужное подчеркнуть),

ФИ ребёнка, дата рождения

по причине его/ её болезни с _____ по _____.
(даты болезни по справке)

Справку о болезни прилагаю.

«__» _____ 20__ г.

Подпись

Расшифровка

4.4. Перерасчет размера оплаты производится:

4.4.1. В случае болезни Обучающегося не менее 30 календарных дней (непрерывный период), по заявлению Заказчика на имя директора, по согласованию с руководителем отделения (преподавателем), при наличии соответствующего документа (медицинской справки); срок осуществления процедуры перерасчета по письменному заявлению Заказчика составляет 10 дней со дня его подачи.