

Кому: Главному администратору Марининского театра

От кого: _____

(Ф.И.О. заявителя-владельца карт, владельца заказа)

Контактный телефон, адрес эл. почты (при наличии)

Серия, № паспорта: _____

Паспорт выдан (кем, когда): _____

Заявление

Прошу осуществить возврат денежных средств **по болезни** на мою банковскую карту

указать последние четыре цифры номера банковской карты,

№ Заказа	
Дата и время спектакля (концерта)	
Название спектакля (концерта)	
Категория мест (партер, бенуар, бель-этаж и т.д.)	
Ряд	
Место	

О необходимости предоставления в течение 14 дней медицинского документа, который подтверждает факт болезни, уведомлен.

С правилами и условиями возврата билетов согласен\-на.

(дата)

(Подпись)

Отметки театра:

Возврат билетов выполнен ОРТБ: _____

(сумма заказа, дата возврата)

% Возврата

(ФИО исполнителя, подпись)

Возврат денежных средств выполнен ОРТБ _____

(сумма заказа, дата возврата)

(ФИО исполнителя, подпись)

Принял администратор (ФИО) _____

(дата) _____