Начальнику отдела реализации билетов

ГБУК г. Москвы «МКЗ «Зарядье»

Фитову М.Н.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

на возврат билетов, оплаченных **платежной картой**/**наличными**

*(нужное подчеркнуть)*

Прошу вернуть денежные средства за приобретенные билеты по заказу №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*сумма прописью*

рублей 00 копеек,

на мероприятие (название): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ время начала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сектор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ряд \_\_\_\_\_\_\_\_, место(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать причину).

|  |  |
| --- | --- |
| 100% стоимости билета, при возврате билета не позднее чем за 10 дней до дня проведения спектакля |  |
| 50% стоимости билета, при возврате билета не позднее чем за 5 дней до дня проведения спектакля |  |
| 30% стоимости билета, при возврате билета не позднее чем за 3 дней до дня проведения спектакля |  |

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата возврата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись и ФИО кассира\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись начальника отд. реализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Заполнение всех полей в заявлении обязательно.

При наличии незаполненных полей в принятии заявления к рассмотрению может быть отказано.