

ЗАХТЕВ

за повраћај уплаћеног новца на име резервисаног смештаја-боравка
у Специјалној болници за рехабилитацију Буковичка Бања Аранђеловац
на основу Општих услова резервисања смештаја и услуга болничког дана

Подаци о кориснику резервисаног смештаја-боравка:

Име и презиме: _____

Адреса становања: _____

Уплаћени износ на име резервисаног смештаја за период боравка од _____ до _____ у
износу од _____ РСД дана _____ . год.

Број издате профактуре Установе _____

Број динарског рачуна за повраћај средстава _____

Разлози за отказ или скраћење резервисаног смештаја/боравка

I Објективне околности:

- 1). Смртни случај члана уже породице – искључиво уз извод из матичне књиге умрлих
 - 2). Акутно обољење или погоршање хроничног обољења корисника - искључиво уз извештај надлежног лекара
 - 3). Судски позив - искључиво уз писани доказ
- Отказом резервисаног смештаја девет и мање календарских дана у односу на планирани пријем из разлога наведених под тачком 1)., 2). или 3). уз приложени писани доказ – **кориснику се враћа уплаћени износ на име резервације смештаја/боравка.**

II Самоиницијативни отказ резервисаног смештаја/боравка:

-Отказом резервисаног смештаја 10 или више календарских дана, у односу на планирани пријем – **кориснику се враћа уплаћени износ на име резервације смештаја/боравка.**

-Отказом резервисаног смештаја девет и мање календарских дана у односу на планирани пријем – **Специјална болница задржава уплаћени износ на име резервације смештаја/боравка.**

Датум

Подносилац захтева

Прилог:

Захтев попунити читко – штампаним словима