**Форма листа**

*(на бланку Заявника/представника Заявника)*

#  **Директору**

#  **Державного експертного**

#  **центру МОЗ України**

*Щодо повернення залишку коштів*

 Прошу повернути залишок коштів, які надійшли як попередня оплата за Договором № \_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_, термін якого закінчився, відповідно до рахунку-специфікації на попередню оплату від \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_ за наступними реквізитами (*вказувати відповідно до валюти, яка передбачена Договором).*

 Посада підпис П.І.Б.

Контактна інформація:

Виконавець\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_