

Заявление

о розыске/переносе/возврате платежа

Фамилия

Имя Отчество

E-mail

Телефон +7 () -

Если вы являетесь абонентом, укажите свой номер договора

Документ, удостоверяющий личность заявителя:

Наименование документа

Серия №

Кем выдан:

Дата выдачи . . г.

Адрес Город

Улица

Дом Корп/стр Кв.

Причина обращения

Перенос платежа/части платежа

Сумма платежа руб. Дата платежа . .

Ошибочно указан № договора

Зачислить ДС в размере руб. на договор №

Розыск платежа

Сумма платежа руб. Дата платежа . .

Договор для зачисления

Возврат платежа/части платежа

Сумма платежа руб. Дата платежа . .

Прошу вернуть ДС, оплаченные по договору №

в размере _____ **на банковские реквизиты:**

Фамилия

Имя Отчество

Наименование банка

БИК

Расчетный счет

№ банковской карты

Причина возврата денежных средств: _____

Прилагаю:

- 1) копию платежного документа, подтверждающего факт совершения платежа плательщиком, содержащего следующую информацию: Ф.И.О. плательщика; дату и время платежа; сумму платежа; реквизиты платежа (наименование Компании – получателя платежа, номер Договора, расчетный счет, номер банковской карты).
- 2) копию документа, удостоверяющего личность заявителя.

Особые условия: Возврат средств на расчетный счет (банковскую карту) – в течение 30 календарных дней.

Перенос/возврат возможен при условии наличия указанной суммы на лицевом счете, на который был внесен ошибочный платеж. Претензии о неправильном зачислении денежных средств принимаются в течение двух недель с момента платежа при наличии документа, подтверждающего платеж. В случае неправильного заполнения платежных документов зачисление на счет Абонента или возврат денежных средств не гарантируется.

Подписывая данное заявление, настоящим даю свое согласие АО "КОМКОР" на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) персональных данных, указанных в заявлении и приложениях к нему (фамилия, имя, отчество, адрес электронной почты, телефон, данные документа, удостоверяющего личность, место и дата рождения, адрес регистрации, адрес места жительства, платежных реквизитов), сроком на 3 года с даты подачи заявления в АО "КОМКОР", с целью его рассмотрения по существу.

Представитель плательщика на основании доверенности № _____ от _____ 20__ г. (прилагается).

_____/ _____ / . .

Подпись расшифровка подписи Дата