

В ТДВ « Універсальна екзаменаційна мережа»

Від кого (назва юридичної особи чи ФОП) _____
(заповнюється у випадку, коли сплату здійснювала юридична особа, організатор навчання, ФОП)

Прізвище, ім'я, по-батькові учасника програми: _____

Місто: _____ **ID учасника програми**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЛИСТ-ПОВІДОМЛЕННЯ

про відміну реєстрації на участь в іспиті (ах) САР/СІРА та повернення внеску за послугу з організації та проведення іспитів

Прошу (просимо) відмінити реєстрацію на іспит (и) САР/СІРА: (перерахуйте іспити в яких учасник програми не буде приймати участь) _____

Прошу (просимо) зробити повернення внеску за послугу з організації та проведення іспитів САР/СІРА відповідно до *Правил реєстрації на участь в іспитах екзаменаційної програми САР/СІРА*. Мені (нам) відомо , що при наданні Листа-повідомлення про скасування реєстрації на участь в іспиті(ах) САР/СІРА пізніше закриття реєстрації на відповідні іспити (крім випадку відміни екзаменаційного центру), але не пізніше ніж за сім днів до початку відповідної екзаменаційної сесії, повертається тільки частина внеску. Послуги банку щодо здійснення повернення внеску оплачуються одержувачем. До розгляду про повернення внеску за послугу з організації та проведення іспитів приймається тільки оригінал даного Листи-повідомлення.

Внесок був здійснений: місто: _____ дата внеску: _____

Банківська установа, через яку проводився внесок: _____

Номер рахунку-фактури _____ Дата рахунку-фактури _____
на сумму _____

(суму вказувати прописом)

Повернення внеску за послугу з організації та проведення іспитів просимо відправити на наступні реквізити:

Для юридичних осіб, організаторів навчання та ФОП (платників внеску):

Назва організації (ПІБ ФОП) _____

Код за ЄДРПОУ _____ № р/рах _____

МФО банку _____ Найменування банку _____

Для фізичних осіб, яким внесок повертається на рахунок або картку в банку (УВАГА! реквізити необхідно уточнювати у відділенні банку , в якому відкрито такий рахунок):

ПІБ учасника програми _____

Індивідуальний податковий номер учасника програми _____

Найменування банку _____ МФО банку _____

Номер карткового рахунку учасника програми _____

У разі, якщо платіж фізичної особи отримує банк на свій транзитний рахунок:

Код ЄДРПОУ банку _____ № транзитного рахунку банку _____

Додатково (заповнюється при необхідності):

16-значний номер , вказаний на банківській пластиковій картці _____

Вимоги банку щодо призначення платежу _____

Дата: ____/____/202_року

ПІБ уповноваженої особи юр. особи **МП** Підпис уповноваженої особи юр. особи _____ Телефон _____

ПІБ учасника програми Підпис учасника програми _____ Телефон _____