Warszawa, dnia ………………………………..

**Wniosek o zwrot należności za niewykorzystane obiady**

Nazwisko i imię dziecka: ……………………………………………………………………………………………….…Kl.………..

Zwrot za żywienie za miesiąc: …………………………………………. Kwota do zwrotu: ……………. zł

Słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Numer konta bankowego: 

Właściciel konta bankowego ……………………………………………………………………………………………………………

Adres ..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

Czytelny podpis Rodzica lub prawnego Opiekuna dziecka

…………………………………………………………………………

Czytelny podpis Rodzica lub prawnego Opiekuna dziecka