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