

FORMULARZ ZWROTU NADPŁATY ZA OBIADY SZKOLNE

Imię i nazwisko dziecka uczęszczającego do stołówki

Nazwa szkoły

Klasa

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Adres

Proszę o zwrot nadpłaty poniesionej na dożywianie mojego dziecka w stołówce

w miesiącu rok wpłata na

Kwotę zwrotu proszę przekazać na następujące konto bankowe :

Bank

**Nr rachunku 26 cyfr
którego jestem właścicielem.**

Podpis czytelny rodzica/ opiekuna prawnego

Data

.....

.....

**Wypełniony formularz prosimy przekazać do :
Urzędu Gminy w Turośni Kościelnej**