Warszawa, dnia ……..

WNIOSEK O ZWROT NALEŻNOŚCI ZA NIEWYKORZYSTANE OBIADY

Nazwisko i imię dziecka: ……Klasa ……..

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

Słownie: ……..

Numer konta bankowego:

Właściciel konta bankowego ……

Adres ……

……

Czytelny podpis Rodzica lub prawnego Opiekuna dziecka