

.....
WARSZAWA

.....
(imię i nazwisko)

- - - - -
(kod pocztowy , miejscowość)

.....
(adres)

PRZEDSZKOLE
Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI
Nr 309 „BAŚNIOWA KRAINA”
UL. H.CH. ANDERSENA 7
01-893 WARSZAWA

PODANIE

Proszę o zwrot nadpłaty wynikającej z nieobecności mojego/mojej syna/córki
– za miesiąc..... na konto: - - - - - - - - - -

Dane do przelewu, (jeżeli inne niż w nagłówku)

.....
(imię i nazwisko)

- - - - -
(kod pocztowy , miejscowość)

.....
(adres)

.....
(podpis)

Wypełnia placówka

Naliczona kwota zwrotu z tytułu żywienia – rozliczenie końcowe rok.

.....
(Kierownik gospodarczy)

Zatwierdzam do wypłaty.....

.....
(Dyrektor placówki)