…………………………………………… Bełżyce , dn. …………………...
Nazwisko i Imię rodzica / opiekuna prawnego

…………………………………………….
Adres zamieszkania

**PROŚBA O ZWROT NADPŁATY ZA OBIADY**

Proszę o zwrot nadpłaty za obiady mojego syna / córki

………………………………………………………....……………… , …..……… klasa

Nadpłatę proszę przekazać na konto bankowe

…………………………………………………………………………………………….
(nr konta bankowego)

Nazwisko i Imię ,adres (właściciela konta)

…………………………………………………………………………………………………