……………………………………………………………

/miejscowość, data/

…………………………………………………………………

/imię i nazwisko rodzica lub opiekuna/

……………………………………………………………….

 /adres/

………………………………………………………………

Zespół Szkół w Jasienicy

ul. Szkolna 8

05-240 Tłuszcz

Proszę o zwrot nadpłaty za godziny płatne według umowy

nr……………………………………………………, w kwocie…………………………. za dni nieobecne

mojego dziecka…………………………………………………… za miesiąc……………………………………..

Kwotę nadpłaty proszę wpłacić na konto bankowe

Nr: \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ .

Podpis intendenta Podpis rodzica lub opiekuna