..................................................

 (miejscowość, data) ...........................................................

(imię i nazwisko rodzica, opiekuna)

...........................................................

...........................................................

...........................................................

 (adres)

 **Dyrektor**

 **Szkoły Podstawowej nr 2**

 **z Oddziałami Integracyjnymi**

 **im. Jarosława Iwaszkiewicza**

 **ul. Reymonta 16**

 **59-900 Zgorzelec**

# Wniosek o zwrot wpłaty za obiady

W związku z dokonaniem płatności za obiady po regulaminowym terminie za miesiąc ……………………… roku

...........................................................................................................................

(imię i nazwisko ucznia , klasa, rok szkolny)

na rachunek Szkoły Podstawowej nr 2 w Zgorzelcu proszę o zwrot nienależnie wpłaconej kwoty w kwocie .........................

na konto bankowe …………………………………………………………………………......

 (proszę podać nr konta, na które zostaną zwrócone środki)

 ....................................................

 (podpis rodzica, opiekuna)