

Suwałki, dnia

.....
 (imię i nazwisko rodzica, opiekuna)

.....
 (adres)

Dyrektor
 Szkoły Podstawowej nr 6
 im. Aleksandry Kujalowicz w Suwałkach
 ul. Sejneńska 12,
 16-400 Suwałki

WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY ZA OBIADY

Proszę o zwrot nadpłaty za obiady, za ucznia:

.....

kl., w wysokościzł

Na konto bankowe o numerze:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko , adres (właściciela konta)

.....

.....
 (Podpis rodzica, opiekuna)