

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)