

Suwałki, dnia

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

.....
(adres)

Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 6
im. Aleksandry Kująłowicz 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)