Meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa trvalého pobytu

Školská jedáleň pri MŠ

Kotešová 505

013 61 Kotešová

Kontakt: 041/ 55 75 817

**Žiadosť o vrátenie preplatku stravy**

Na základe účtovného peňažného zostatku žiaka.........................................

Vás žiadam o vrátenie tejto čiastky na číslo účtu /vo forme IBAN/

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

Oznámenie o vrátení peňažného zostatku žiadam poslať na mailovú adresu:

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

Mobil:...............................

Za vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

V......................... dňa........................ ----------------------------------------

Podpis zákonného zástupcu