Załącznik nr 2

..... Białystok, dn. .....
*(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)*

.....
*(adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego)*

.....

# WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o zwrot nieterminowej wpłaty/nadpłaty/odpisu za obiady* mojej/ego córki/syna

…… ……..……...
*(nazwisko i imię)* *(klasa)*

zam. ……
*(adres zamieszkania)*

Liczba dni za które dokonano odpisów: ……dni oraz daty…….

Numer konta, na które należy zwrócić należność:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ■ | | | | | ■ | | | | | ■ | | | | | ■ | | | | | ■ | | | | | ■ | | | |

……
*(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

* *proszę zaznaczyć zwrot*

---

**<u>Wypełnia szkoła</u>**

Potwierdzam zwrot odpisów: …… dni oraz daty …….

Zwrócona kwota: ……

Data zwrotu: ……

pracownik szkoły

……
*(data, podpis pracownika szkoły)*