Zielona Góra, dn. .....

.....
(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

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

.....
(numer telefonu)

Dyrektor
I Liceum Ogólnokształcącego
im. E. Dembowskiego
w Zielonej Górze

Zwracam się z prośbą o zwrot wpłat za obiady mojego syna/córki

....
(nazwisko i imię) (PESEL)

Zamieszkała(y).

.....
(adres zameldowania)

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

.....

Zwrotu proszę dokonać przelewem Numer konta, na które należy zwrócić należność:

Nazwa banku .....

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Wypełnia szkoła

Potwierdzam dokonanie odpisów w dniach: .....

.....

Intendent

.....
(data, podpis Intendenta)