

Kraków dn.

.....
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna

.....
Adres zamieszkania

Miejskie Centrum Obsługi Oświaty w Krakowie
Dział Dochodów
ul.Ułanów 9a

Proszę o zwrot nadpłaty z tytułu nieobecności mojego dziecka
..... w Samorządowym Przedszkolu Nr 94 w Krakowie.

1) na rachunek bankowy :.....

Potwierdzam zgodność danych:
Dyrektor Przedszkola-Podpis

Podpis Rodzica /Opiekuna

Kraków dn.

.....
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna

.....
Adres zamieszkania

Miejskie Centrum Obsługi Oświaty w Krakowie
Dział Dochodów
ul.Ułanów 9a

Proszę o zwrot nadpłaty z tytułu nieobecności mojego dziecka
..... w Samorządowym Przedszkolu Nr 94 w Krakowie.

1) na rachunek bankowy :.....

Potwierdzam zgodność danych:
Dyrektor Przedszkola-Podpis

Podpis Rodzica /Opiekuna