

Pabianice, dnia

.....
(imię i nazwisko matki, opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania, kod pocztowy)

.....
(numer telefonu)

(imię i nazwisko ojca, opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania, kod pocztowy)

.....
(numer telefonu)

Żłobek Miejski w Pabianicach
ul. Stanisława Moniuszki 146
z Filią przy ul. ks. Piotra Skargi 70
95-200 Pabianice

WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY

Zwracam się z prośbą, aby nadpłaty powstałe w okresie obowiązywania umowy o świadczenie usług zostały zwrócone na konto bankowe:

Imię i nazwisko właściciela konta:

Adres zamieszkania, kod pocztowy:

[illegible]

26 – cyfrowy numer rachunku bankowego

.....
(podpis matki/opiekuna prawnego)

.....
(podpis ojca/opiekuna prawnego)

*niewłaściwe skreślić