

OŚWIADCZENIE WOLI KONTYNUACJI KORZYSTANIA Z OBIADÓW W ROKU SZKOLNYM 2020/2021

Ja,
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

chciałbym / chciałabym aby moje dziecko / dzieci nadal korzystało(y)
z obiadów w roku szkolnym 2020/2021:

1.
imię i nazwisko dziecka klasa

2.
imię i nazwisko dziecka klasa

3.
imię i nazwisko dziecka klasa

w okresie od: do
miesiąc, rok miesiąc, rok

Rachunek bankowy dla zwrotów nadpłat:

.....
numer konta bankowego

Adres zamieszkania:

Miejscowość:

.....

Ulica i nr domu :

.....

Telefon :

.....
data

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

Upoważniam SP nr 26 w Bytomiu do wykorzystywania i przetwarzania moich danych osobowych w celach zgodnych z regulaminem stołówki szkolnej i instrukcją dokonywania płatności za posiłki w szkole.

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)