PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko ucznia ……………………………………......... klasa ………………………

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna lub pełnoletniego ucznia ……………………………………….………….

tel. kontaktowy ……………….…….. adres mailowy ………………………………………………………….

1. Potwierdzam, że zapoznałam/em się z regulaminem stołówki ZSTI w Gliwicach.
2. Deklaruję korzystanie z obiadów w roku szkolnym 2024/2025 z wyłączeniem okresu …………………………………………… od poniedziałku do piątku lub w poszczególne dni tygodnia

…………………………………………………………………………………….………………………

1. Zobowiązuję się do dokonania wpłaty za wyżywienie w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, przestrzegania procedur rezygnacji z wyżywienia oraz zgłaszania nieobecności najpóźniej w dniu nieobecności do godziny 6:00. Brak zgłoszenia skutkuje naliczeniem opłaty za posiłek i obowiązkiem jej zapłaty.
2. Nadpłaty i zwroty proszę przelewać na konto:

…………………………………………………………………………………….………………………

(podać numer konta i właściciela konta)

………………………… …………………………………

data podpis rodzica/opiekuna lub pełnoletniego ucznia