

Reda, dnia

.....
.....
.....
Imię i nazwisko rodzica, adres zamieszkania

Oświadczenie rodzica, którego dziecko będzie korzystało z dofinansowania do odpłatnego posiłku w Szkole Podstawowej nr 5 w Redzie

Imię i nazwisko dziecka klasa

Adres zamieszkania.....

Tel. kontaktowy do rodzica.....

Adres e-mail rodzica:.....

Okres obowiązywania dofinansowania od do

Abonament miesięczny (proszę wybrać jeden z wariantów):

5 dni w każdym tygodniu

4 dni w każdym tygodniu (podkreślić właściwe dni tygodnia)

poniedziałek / wtorek / środa / czwartek / piątek

3 dni w każdym tygodniu (podkreślić właściwe dni tygodnia)

poniedziałek / wtorek / środa / czwartek / piątek

1. Zobowiązuje się do regularnego uiszczania opłaty abonamentowej zgodnie z wyżej wskazanym wariantem, najpóźniej do **25-go każdego miesiąca poprzedzającego opłacany miesiąc**, na rachunek **Bank Millennium S.A. nr 02 1160 2202 0000 0003 4213 0147**, w treści wpisując *„imię i nazwisko dziecka / klasa / za miesiąc/ dni w tygodniu, w których mają zostać wydawane obiady”*.

2. Nieobecności dziecka będą zgłaszać z jednodniowym wyprzedzeniem, aby dany posiłek został odliczony od abonamentu miesięcznego drogą mailową: obiady@sp5reda.pl lub w wyjątkowych sytuacjach telefonicznie 58 673 84 29.

3. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości w/w treści i zobowiązuję się do przestrzegania ich zapisu.

.....
Podpis rodzica(opiekuna)