

Priezvisko, meno, bydlisko zákonného zástupcu.....

.....

ŽIADOSŤ

Žiadam o vrátenie **mylnej platby** (stravné, školné *) uhradenej za môjho syna/dcéru

.....

narodeného/nej dňa.....bytom.....,

navštevujúceho/cej MŠ Detský sen Župčany pri Prešove.

Evidenčné číslo dieťaťa = VS:.....

Rodné číslo dieťaťa:.....

Suma na vrátenie:.....

Číslo účtu:.....

V Prešove dňa.....

podpis zákonného zástupcu

*zvýrazniť, akú platbu žiadate vrátiť.