……..
(miejscowość, data)

……..
(imię i nazwisko)

_ _-_ _ _ ……
(kod pocztowy , miejscowość)

……..
(adres)

……..
(placówka)

_ _-_ _ _ ……
(kod pocztowy , miejscowość)

……..
(adres)

PODANIE

Proszę o zwrot mylnie wpłaconej kwoty …….. z tytułu……

za mojego/moją syna/córkę …….. ……

na konto:

_ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _

Dane do przelewu, (jeżeli inne niż w nagłówku)

……..
(imię i nazwisko)

_ _-_ _ _ ……
(kod pocztowy , miejscowość)

……..
(adres)

……
(podpis)

Wypełnia placówka

Naliczona kwota zwrotu …….

……..
(Kierownik gospodarczy)

Zatwierdzam do wypłaty ……..
(dyrektor placówki)