Meno a priezvisko rodiča/ zákonného zástupcu :.....................................................................................

Bydlisko:..................................................................................PSČ............................................................

Telef.kontakt:..........................................................................E-mail:.......................................................

**ODHLÁŠKA ZO STRAVOVANIA /TRVALÁ/**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko stravníka |   |
| Trieda |  |
| Odhláška zo stravovania na trvalo odo dňa |  |

Prípadný preplatok na stravnom bude poukázaný na konci mesiaca v ktorom sa stravník odhlásil na číslo účtu:

IBAN:............................................................................................................................................

Upozornenie:

 Prípadný nedoplatok je rodič / zákonný zástupca povinný uhradiť najneskôr do 3 pracovných dní od dňa odhlásenia.

V Nitre, dňa................................................................

 .....................................................................

 Podpis rodiča/ zákonného zástupcu