

**WZÓR WPŁATY ZA GODZINY PONAD PODSTAWĘ PROGRAMOWĄ**

**W PRZEDSZKOLU NR 4**

NAZWA ODBIORCY:

Zespół Placówek Oświatowych nr 1 ul. Wysoka 39

NR KONTA

88 1020 4926 0000 1202 0158 8227

KWOTA: .....

TYTUŁEM:

Odpłatność za czesne w Przedszkolu nr 4 za miesiąc..... ( np. luty)

( imię i nazwisko dziecka, grupa )