

**WZÓR WPŁATY ZA ŻYWIENIE**

**W PRZEDSZKOLU NR 4**

NAZWA ODBIORCY:

Zespół Placówek Oświatowych nr 1 ul. Wysoka 39

NR KONTA

05 1020 4926 0000 1602 0158 8458

KWOTA: .....

TYTUŁEM:

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

( imię i nazwisko dziecka, grupa )