**ŽÁDOST O VRÁCENÍ PŘEPLATKU**

**Vážení rodiče**,

s blížícím se koncem školního roku je možnost vrácení zůstatku peněz z kont strávníků na základě písemné žádosti rodičů s řádně **vyplněným číslem účtu** a **variabilním symbolem.** Zůstatek bude vrácen **v plné výši,** na měsíc září je třeba složit novou zálohu. Pokud rodič nezažádá o vrácení peněz, budou automaticky převedeny do nového školního roku. Vyplněnou žádost odevzdejte do kanceláře ŠR PRIMIREST. V případě dotazů prosím telefonicky nebo e-mailem kontaktujte vedoucího vaší školní jídelny: pí. Barbora Kočí : tel: 731 438 014, Email: zr.6540@primirest.cz.

-------------------------------------------------------------------------------------------

**Žádost o vyplacení zůstatku na stravovacím kontě ŠR PRIMIREST Jméno a** **příjmení** **strávníka:** ……………………………….………………………………………….

Zde odstřihněte:

**Jméno a příjmení zákonného zástupce:**…..………………….…………………………………….

**Adresa bydliště**:………………………………………….……………………………………………………

**Kontaktní telefon**: …………………………..… **Třída:** …………..… **Škola:**……….………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

**Variabilní symbol**

**(Z PŘIHLÁŠKY KE STRAVOVÁNÍ)**:

**Číslo účtu pro vrácení peněz**: ……..………………………………..…….. / …………………..……

**Datum**: ……………………………….

**Podpis** (rodiče, nebo zákonného zástupce):

………………………………………….…………….