………………………………………………… Miejsko Gminny-Ośrodek Pomocy

 Społecznej w Nowej Sarzynie

*/imię i nazwisko adres /*

………………………………………………..

 Rozliczenie za okres …………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Imię i nazwisko ucznia | Limit za okres | Rachunek Nr |  Kwota | Do zwrotu |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  | Razem |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  | Razem |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  | Razem |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  | Razem |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  | Razem |  |  |
|  | Razem do zwrotu |  |  |  |  |

Wnioskuję o zwrot na konto, rachunek Nr ……………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

lub gotówką w kasie Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie.

 ………………………………………………… data i podpis