**Uviesť priezvisko, meno a adresu stravníka**

–––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

 Školská jedáleň ako súčasť SOŠD

Rosinská cesta 2

 010 08 Žilina

 V ......................... dňa ...................

Vec: **Žiadosť o vrátenie preplatku stravného**.

Žiadam Vás o vrátenie preplatku stravného

Priezvisko a meno stravníka :

Trieda :

Číslo účtu - IBAN:

Priezvisko a meno zákonného zástupcu:

Kontakt – zákonný zástupca:

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

 Podpis zákonného zástupcu