Żłobek Miejski w Lubawie
„Akademia Maluszka”

14-260 Lubawa, ul. Rzepnikowskiego 9/2
NIP 744-181-42-67
tel. 502-870-626 fax 89 645-46-52
mail: akademiamaluszka.lubawa@gmail.com
strona internetowa: zlobek.lubawa.pl
www.facebook.com/maluszek.lubawa/

……..……
Imię i nazwisko rodzica / opiekuna

……..……
adres zamieszkania

……..……

Lubawa, dnia ……..

Dyrektor
Żłobka Miejskiego w Lubawie
„Akademia Maluszka”

WYPOWIEDZENIE UMOWY KORZYSTANIA Z USŁUG ŚWIADCZONYCH PRZEZ ŻŁOBEK

Informuję, że wypowiadam umowę o świadczenie usług przez *Żłobek Miejski w Lubawie „Akademię Maluszka”* oraz oświadczam, że moje dziecko:

z dniem ……nie będzie korzystało z w/w usług.

W związku z powyższym proszę o skreślenie mojego dziecka z listy wychowanków żłobka. Jednocześnie zobowiązuje się do rozliczenia finansowego ze żłobkiem w terminie do dnia…….....
Nadpłatę za wyżywienie proszę o przekazanie na konto:

(numer konta bankowego)

którego właścicielem jest ……
(Imię i nazwisko)

……..…
(podpis rodzica)